

L'UNION MÉDICALE

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL

DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES

MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL

GÉRANT : le docteur G. RICHELOT.

RÉDACTEUR EN CHEF : le docteur L.-GUSTAVE RICHELOT.

TROISIÈME SÉRIE

TOME CINQUANTE-DEUXIÈME

PARIS,

AUX BUREAUX DU JOURNAL

RUE DE LA GRANGE-BATELIÈRE, 11

ANNÉE 1891

Sommaire

Hôpital des Enfants-Malades. — M. le professeur Grancher.

La pleurésie du médiastin. — Les gangrènes chez l'enfant.

Messieurs,

Je vous présente aujourd'hui un enfant de 11 ans, d'une bonne santé habituelle jusqu'à son entrée et chez lequel on ne trouve ni scrofule ni lymphatisme. Pour ce qui est de ses antécédents héréditaires, il y a à retenir que son père est mort d'une fluxion de poitrine.

L'affection de notre petit malade a débuté quatre jours avant son entrée. A ce moment, il a été pris de frissons, de fièvre, d'un point de côté et s'est mis à tousser par quintes. D'après ce qu'il raconte, ses crachats auraient alors présenté quelques traces de sang.

A son entrée, nous constations tous les signes d'une pleurésie gauche qui remontait assez haut en arrière et dont il était facile de trouver tous les signes cliniques. Du reste, une ponction exploratrice faite à la seringue de Pravaz confirma absolument le diagnostic.

Cependant on pouvait remarquer que le côté gauche du thorax n'était pas dilaté; tandis que, habituellement, cette dilatation est un des signes principaux de la pleurésie chez l'enfant. L'application du cordon montrait qu'il n'y avait pas de déviation sternale. La cavité thoracique avait donc résisté à l'ampliation, malgré un épanchement très notable. Il n'y avait pas non plus d'élargissement des espaces intercostaux.

A la percussion, il était facile de trouver de la matité au-dessous du tympanisme sous-claviculaire, et on constatait que cette matité s'étendait du côté du sternum de manière à empiéter sur l'os et à atteindre jusqu'à 1 centimètre de son bord droit.

Le cœur était refoulé et il était impossible de trouver la pointe à la palpation. L'auscultation montrait facilement qu'elle était déviée vers le côté droit du sternum.

Il est évident qu'il y avait aussi refoulement de l'aorte, de l'artère pulmonaire, des gros vaisseaux, de la trachée, mais le déplacement de ces divers organes n'entraînait aucun symptôme particulier.

Trois signes relevaient du déplacement du cœur : une voussure de la région cardiaque, la coloration violacée des lèvres, une circulation veineuse complémentaire très riche sans dilatation jugulaire ni œdème. Evidemment tout cela tenait à la torsion des gros troncs veineux du cœur.

En même temps le malade se plaignait d'une dyspnée légère, mais il n'y avait pas de douleur du côté du médiastin.

Au premier abord, l'explication de cet ensemble de signes pouvait paraître difficile. En réalité, ils dépendaient tous d'une pleurésie du médiastin qui s'était laissé refouler avec les organes qu'il renfermait; la matité de la région sternale était produite par l'épanchement.

Le diagnostic peut devenir très ardu entre la pleurésie médiastine et la péricardite quand on n'examine pas les malades de très près.

Dernièrement j'ai vu un petit malade de 7 ans que soignait le docteur Havage et qui présentait une voussure notable de la région précordiale; il y avait une matité considérable avec absence des battements du cœur. Mais on trouvait aussi de la matité en arrière, de sorte que l'on hésitait entre la péricardite et la pleurésie. Le diagnostic était important à poser vite, car l'enfant était cyanosé, et on pouvait redouter une mort subite. Comme on trouva du tympanisme sous-claviculaire; comme, de plus, l'auscultation démontra que le cœur était refoulé à droite et non éloigné de la paroi, on admit qu'il s'agissait d'une pleurésie. Une ponction, faite sur la ligne axillaire, évacua, en effet, 950 grammes de liquide citrin, transparent, clair. Cette thoracentèse fut suivie d'un soulagement rapide, et l'enfant était guéri quinze jours après.

Chez le malade que je vous ai présenté, la ponction a donné issue à 850 grammes de liquide. Actuellement sa guérison semble complète, et l'enfant mange, court et dort bien; la température ne dépasse pas 37°. Il se croit guéri; cependant il faut voir ce que nous donne l'auscultation, car déjà, à l'entrée, nous avions trouvé la respiration rude sous la clavicule, du tympanisme, de l'augmentation des vibrations; il y avait de la congestion pulmonaire.

Actuellement, du côté droit, la respiration est rude, forte, le son est un peu exagéré ainsi que les vibrations; il y a aussi plus de sonorité.

A gauche, en avant et au sommet, la respiration est basse et sourde; il y a du tympanisme sous-claviculaire et les vibrations sont diminuées. En arrière, on trouve, inférieurement, de la matité; en haut, de la submatité; les vibrations sont très diminuées, sinon abolies en bas; il y a encore une grande diminution de murmure vésiculaire. Enfin, on peut constater toujours une grande diminution du son quand on percute le sternum.

On doit conclure de tous ces signes que la plèvre est restée épaissie sans qu'elle contienne encore du liquide; peut-être aussi persiste-t-il de la congestion pulmonaire.

Voici donc une pleurésie bénigne dont le début a été net, l'évolution rapide et qui s'est terminée par une guérison apparente sans avoir présenté de complication, la ponction, dans ce cas, ayant été le traitement idéal. Cependant, ni à droite ni à gauche, on ne trouve un point du poumon dont l'état soit physiologique. La maladie a donc apporté une perturbation énorme dans les voies respiratoires.

C'est là la règle dans les pleurésies, quelque simples, quelque superficielles qu'elles soient. Des modifications stéthoscopiques peuvent persister des mois et des années après de simples bronchites rapidement terminées.

Le traitement consécutif de la pleurésie est donc d'une grande importance. Il faut que l'enfant, une fois rentré dans la vie commune, surveille ses voies respiratoires, sinon la rechute de la pleurésie se produira et la

seconde atteinte sera beaucoup plus grave que la première, de telle sorte que, finalement, notre petit malade pourrait devenir tuberculeux sans que sa pleurésie actuelle ait été en rien tuberculeuse.

L'enfant devra donc se garantir avec soin du froid, porter des gilets de flanelle à manches. Il faudra qu'il s'alimente le mieux possible et prenne de la poudre de viande. Il viendra de temps à autre à la consultation afin que nous puissions l'ausculter et combattre les lésions qu'il conserve du côté de la poitrine par la révulsion très utile dans les cas de ce genre. On pourra recourir à l'application de petits vésicatoires, à l'emploi de pointes de feu, de cataplasmes sinapisés, etc. En procédant à la fois avec douceur et persévérance, nous pouvons espérer obtenir les meilleurs résultats.

Messieurs,

Voici trois enfants atteints de gangrènes dont les causes, les allures cliniques et le pronostic diffèrent beaucoup. Dans deux cas, il s'agit de gangrènes symétriques des extrémités; dans le troisième, d'une gangrène d'origine infectieuse.

La maladie de Maurice Raynaud, ou gangrène symétrique des extrémités, n'arrive pas d'emblée à la phase gangréneuse. Les malades présentent d'abord un certain nombre de phénomènes dont un des plus connus est celui du doigt mort, la syncope locale du doigt. Ce dernier devient pâle, exsangue, froid et insensible. Après quelques minutes, la réaction apparaît; à ce moment, le doigt se colore, est le siège de picotements et parfois de douleurs assez vives.

A un degré plus accentué, on observe l'asphyxie locale qui, comme la syncope locale, est grossièrement symétrique. Le doigt ou l'orteil (car la maladie s'observe aussi bien aux extrémités inférieures) se gonfle, devient bleuâtre, violacé, quelquefois presque noir; en même temps, le malade se plaint de souffrir beaucoup. Dans certains cas, tandis qu'un doigt est le siège d'une syncope locale, l'autre présente de l'asphyxie.

Lorsque ces phénomènes se sont produits un certain nombre de fois aux doigts, aux orteils, au nez et même aux oreilles, la peau se parchemine, se sèche, s'atrophie et présente les altérations de la sclérodermie.

Enfin, la gangrène peut aussi apparaître, tout en n'ayant rien de fatal. Il se développe une phlyctène au-dessous de laquelle se forme une plaque noire qui s'entoure bientôt d'un sillon d'élimination Tantôt la mortification ne frappe que les parties molles, tantôt les os eux-mêmes sont atteints.

L'état général reste excellent, et Raynaud avait insisté sur l'apparence spéciale que présente un enfant qui paraît se porter très bien, mais dont le lobule du nez est en partie détruit par la gangrène.

Maurice Raynaud pensait qu'il y avait seulement un spasme des artérioles périphériques et il n'avait, du reste, pas eu l'occasion de faire d'autopsie. Recklinghausen, dans un cas, a trouvé une endartérite des petites artères terminales qui s'étendait non seulement aux artérioles de la main, des orteils ou du nez, mais encore à une partie de celles du rein, du poumon et du cœur; il s'était formé dans ces organes des foyers de nécrobiose. Il y avait en même temps un peu de phlébite. Nerfs périphériques et système nerveux central paraissaient intacts.

Parmi les deux malades que je vous présente, la petite fille est surtout intéressante. Elle a perdu le premier et le cinquième orteil du pied droit et une partie du quatrième; au pied gauche, le gros orteil présente de l'as-

phyxie et sa dernière phalange est presque détruite. Chez cette enfant, le diagnostic fut intéressant, car on pensa d'abord qu'il ne s'agissait que d'engelures causées par l'hiver rigoureux. Cette erreur est très fréquente; cependant, on peut l'éviter en se rappelant que l'engelure ne se limite pas à l'orteil, mais envahit une partie de la main et du pied, qu'elle n'a pas la coloration spéciale de l'asphyxie locale, qu'elle cause des picotements et de la cuisson et non des douleurs profondes.

Quelquefois, chez le tout jeune enfant, on peut penser, en voyant une asphyxie locale étendue, qu'il s'agit d'une cyanose congénitale; mais un examen un peu complet fait bien vite éviter l'erreur.

Voici maintenant une malade atteinte d'une autre variété de gangrène. C'est une petite fille de 3 ans 1/2, profondément cachectique, qui entra dans le service avec une coqueluche. Elle fut vaccinée deux jours après son entrée et rapidement une des pustules de vaccin devint une plaque gangréneuse noirâtre. On pensa un moment à un chancre provenant d'une lamelle malpropre et ne pouvant, du reste, provenir que de là, puisque l'on avait employé du vaccin animal. Mais d'autres plaques gangréneuses apparurent sur le dos, les fesses et les jambes.

Une phlyctène se développait, puis était suivie de l'apparition de la plaque.

Actuellement, il y a un mois que les accidents ont commencé à se produire, l'élimination des eschares se fait bien. Mais l'état général est très mauvais, la cachexie a encore augmenté et, de plus, elle est atteinte de broncho-pneumonie certainement tuberculeuse.

Chez cette enfant, le terrain était très mauvais et il y a eu une infection au moment de la vaccination. Cette infection nous est inconnue dans sa nature, de même que nous ne savons si l'agent pathogène était déposé sur la peau ou s'il se trouvait sur la lancette. Les micro-organismes susceptibles de produire la gangrène sont très nombreux et les staphylocoques peuvent la déterminer. Cependant, d'après Demme, les plaques de gangrène contiennent un bâtonnet spécial dont l'inoculation provoquerait toujours le sphacèle.

En fait, il est possible de préserver les enfants de la plupart des gangrènes infectieuses par des soins hygiéniques appropriés et par une grande propreté. C'est ainsi que le noma, si meurtrier autrefois dans les hôpitaux d'enfants, a complètement disparu.

Jusqu'à présent, la gangrène des extrémités est au-dessus des ressources de l'art.

REVUE DES THÈSES

ETUDE SUR LE MÉCANISME DES FRACTURES INDIRECTES DE LA COLONNE VERTÉBRALE. RÉGION DORSALE ET RÉGION DORSO-LOMBAIRE, par le docteur J. MÉNARD. — Lille, Danel, 1890.

Conclusions : 1° Les fractures indirectes du rachis sont de beaucoup les plus communes et se produisent généralement par flexion forcée.

2° Il y a d'abord tassement; ensuite arrachement; enfin écrasement; ce dernier est souvent indépendant de l'arrachement.

3° Le tassement isolé existe régulièrement à la région dorso-lombaire; il n'est pas connu à la région dorsale.

4° L'écrasement est plus fréquent à la région dorsale, et l'arrachement existe dans les deux régions.

5° Les fractures dorso-lombaires ont pour cause ordinaire les chutes sur le siège ou sur les membres inférieurs; pour cause plus rare, les pressions exercées par des corps pesants sur la nuque et le haut du dos, avec flexion du tronc.

6° Les fractures dorsales ont pour cause ordinaire les chutes sur la nuque, ou les flexions exercées par des corps pesants sur la nuque et le haut du dos, le tronc restant vertical.

7° Les fractures dorsales s'accompagnent presque toujours de fractures de côtes; elles s'accompagnent quelquefois de fractures du sternum.

8° La compression de la moelle et de ses enveloppes est généralement produite par le bord postéro supérieur du fragment inférieur du corps vertébral.

9° Il est indiqué de réduire et de maintenir la réduction pendant un temps suffisant.

10° La trépanation est très peu indiquée dans les cas ordinaires (fractures indirectes) et doit être réservée, jusqu'à nouvel ordre, aux fractures mixtes et aux enfoncements de l'arc postérieur. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 juin 1891. — Présidence de M. Tarnier.

La correspondance comprend :

1° Un mémoire de M. Fiessinger sur le mal de Bright épidémique et la scarlatine à Oyonnax;

2° Des mémoires sur la fièvre typhoïde par MM. Coustan et Dubrelle et M. Monart;

3° Un travail de M. Rabé sur les hernies ombilicales comme cause de dyspepsie.

M. Chauveau est élu membre titulaire par 54 voix.

Fracture de la base du crâne et du pariétal. — M. Houzel rapporte l'observation d'un homme de 46 ans qui, tombant d'une hauteur de 4 mètres, se fit une fracture avec enfoncement du pariétal droit et extension à la base du crâne. Il présenta une hémiplégie gauche avec paralysie de la vessie et un écoulement par l'oreille droite. La trépanation permit d'enlever une douzaine de fragments, puis après l'ablation d'un caillot le cerveau se souleva et s'appliqua à l'ouverture en faisant une légère saillie. En même temps une hémorrhagie se produisit par le sinus latéral et fut arrêtée par un tamponnement iodoformé. L'hémiplégie et la paralysie vésicale avaient disparu au réveil et la guérison se fit rapidement.

Iodures d'antipyrine. — M. Duroy a pu obtenir des iodures divers d'antipyrine qui pourront être employés en thérapeutique. On peut en préparer un en versant un équivalent d'iode dissous dans de l'alcool à 90° dans une solution d'un équivalent d'antipyrine dans cinq fois son poids d'eau distillée. Le précipité jaune brique est soluble dans l'eau à 25° dans la proportion de 0,40 p. 100.

L'élasticité du cœur et les médicaments cardiaques. — M. G. Sée identifie la fonction élastique avec la fonction contractile du tissu musculaire du cœur.

La contraction musculaire, c'est-à-dire le travail physiologique des faisceaux contractés est une création pure et simple de force élastique; de plus, elle est équivalente à l'énergie chimique dépensée par le muscle pendant la durée de son activité. C'est cette élasticité créée par la contraction qui est destinée à contrebalancer la résistance, c'est-à-dire la charge du muscle; cette force est à la fois proportionnelle à cette charge et en même temps au degré de raccourcissement du muscle qui opère le soulèvement ou l'abaissement de la partie chargée. Pendant tout le temps du travail physiologique du muscle la consommation d'*énergie* est comme la force élastique elle-même; elle est proportionnelle à la charge que cette force équilibre et au degré du raccourcissement musculaire. Il y a donc là un parallèle complet entre la consommation d'énergie et la force élastique elle-même.

De cette élasticité il faut distinguer la *tonicité* du muscle en vertu de laquelle le muscle, même au repos complet, présente toujours une tension au de là de sa longueur naturelle. Cette tonicité est sous la dépendance du système nerveux.

Le muscle cardiaque possède-t-il cette tonicité et cette élasticité? Au premier point de vue nous savons que, s'il y a tonicité du myocarde, elle est absolument indépendante du système nerveux intra-cardiaque et extra-cardiaque. Le cœur possède en lui-même son principe d'action; il est autonome et doué du principe rythmique bien autrement que les muscles de la vie de relation. La pointe du cœur, privée de nerfs, bat rythmiquement.

Au point de vue de l'élasticité, le cœur présente au contraire une grande analogie avec les muscles de la vie de relation.

Ainsi, sous ce rapport, le cœur est un véritable muscle strié.

Les preuves cliniques de l'élasticité ne manquent pas davantage; les tracés que M. G. Sée a mis sous les yeux de l'Académie, il y a trois semaines, proviennent de l'homme sain ou malade; ils montrent l'élasticité mise en jeu, le ressort tendu ou détendu du cœur. Il en sera de même des cœurs *intoxiqués* ou soumis aux influences des divers agents du cœur. Mais, avant d'étudier ces influences, il est nécessaire d'être fixé sur certains points de la physiologie du cœur, sur ce qui concerne la pression *intra-ventriculaire* du sang et la pression *intra-vasculaire*.

Dans ces derniers temps, on a démontré que la pression intra-cardiaque, en dehors d'une période d'inactivité, varie extrêmement peu, et qu'après une variabilité instantanée, elle rentre facilement dans l'état normal.

Pour la pression *intra-vasculaire*, on connaît également son étonnante constance, malgré les nombreuses perturbations auxquelles elle est exposée.

L'injection du sang dans les veines ne trouble l'équilibre que pour un temps très court; les vaisseaux se relâchent ou se contractent pour s'adapter à la quantité de sang injecté; le cœur lui-même peut contribuer à cet équilibre.

Iohmen et Tigersted (*Centralblatt für Physiologie*, 1890) ont déterminé sur un lapin curarisé la mesure de la pression, et en même temps le volume du cœur. En transfusant du sang dans la veine jugulaire, ils ont vu les battements du cœur augmenter d'étendue et le cœur lui-même présenter un volume considérable. Après une saignée, ils ont observé de fortes variations de volume du cœur; l'organe devient plus petit, ce qui tend à prouver que la systole n'amène pas toujours l'évacuation absolue du ventricule. Ils ont remarqué enfin que le cœur droit peut contenir, en raison du peu de résistance des vaisseaux pulmonaires, plus de sang, sans présenter une augmentation d'activité; pour le cœur gauche, c'est l'inverse, son travail est plus énergique, lorsque le ventricule gauche est sous une forte réplétion.

Les grands médicaments régulateurs du cœur doivent être étudiés au point de vue de la physiologie, principalement sur les animaux supérieurs et l'homme, et on peut prendre comme type la digitaline.

On peut diviser en deux stades ses manifestations fondamentales.

Le premier stade est le *stade thérapeutique;* le deuxième est le stade toxique.

Dans le premier stade, il y a quatre modifications fondamentales et un état qu'on peut appeler causal.

1° Le ralentissement du cœur;

2° L'augmentation de l'amplitude du pouls, c'est le phénomène dominant;

3° L'élévation de la pression sanguine dans les vaisseaux, ces deux derniers phénomènes ne sont pas synonymes et l'un n'entraîne pas l'autre.

1° *Le ralentissement* du pouls est produit par l'excitation du nerf vague, soit à son origine centrale dans la moelle allongée, soit, ce qui est plus certain, à sa terminaison dans le cœur, car il manque totalement quand on paralyse les bouts cardiaques par l'*atropine*.

2° *L'augmentation de volume de l'artère*, c'est-à-dire du pouls, se montre dans toutes les conditions; c'est une manifestation indépendante de l'accélération et du ralentissement, ce qui fait voir que le cœur n'acquiert pas toujours en force ce qu'il perd comme nombre. Ce que le pouls gagne en volume et l'artère en capacité ne peut être que le résultat du changement *de l'élasticité du muscle cardiaque*.

Cette nouvelle condition de l'élasticité cardiaque, qui trouvera ainsi pour la première fois son application à la thérapeutique, éliminera plus de sang à chaque systole, et chaque systole remplira mieux son rôle en procurant aux vaisseaux une réplétion plus complète.

3° *Elévation de la pression sanguine.* — Le volume exagéré du pouls semble entraîner naturellement le troisième phénomène, l'élévation de la pression; les mesures manométriques nous démontrent le fait.

Le quatrième phénomène, qui joue, sans doute, un rôle dans la production de l'hyperpression, est le resserrement de la constriction des artères, la vaso-constriction. Ce resserrement porte principalement sur le réseau vasculaire abdominal; il crée naturellement au cœur un obstacle à la circulation artérielle et semble, toutes choses étant égales, devoir augmenter avec la résistance que produit la pression intra-vasculaires.

Quant au cinquième phénomène (causal), il consiste dans un renforcement du cœur dû à une augmentation de la diastole.

Comment se fait ce renforcement? Si la systole est renforcée, on peut croire que c'est grâce à la vaso-constriction des artères. Mais il y a alors obstacle à la circulation et le cœur sera obligé de s'user à faire pénétrer le sang dans les artères contractées. Mais alors à quoi sert cette force nouvelle? Il ne restera rien de disponible de cette *force musculo-cardiaque*, si le cœur est malade, affaibli, asystolique, troublé dans son état de compensation; il ne restera rien pour venir en aide à ce cœur gravement atteint. En élevant artificiellement la pression, la digitale peut rendre la systole cardiaque plus imparfaite encore. Elle sera souvent impuissante pour forcer certaines artères resserrées; ainsi celles des *reins*, qui ne sécréteront plus; celles du cœur lui-même, les artères *nourricières*, qui sont fermées également et ne fournissent plus de matériaux sanguins au cœur.

La vaso-constriction peut donc, dans ce cas, présenter des dangers, et l'énergie systolique du cœur un autre danger pour la surmonter. Il ne reste donc qu'à expliquer autrement le renforcement du cœur, ou son fonctionnement plus efficace. Il faut, cette fois, répondre par la diastole.

En 1874, Schmiedeberg dit que la digitale agit directement sur le myocarde, c'est-à-dire sur sa contractilité ou son *élasticité*. Dans le premier cas, c'est un *tétanos*, ce qui n'est pas possible; car le muscle ventriculaire qui est encore à même de vivre est également à même de subir le plus haut degré de rétraction. C'est l'*élasticité* du muscle qui a été modifiée et qui *favorise* le passage du muscle à l'état *diastolique*, et c'est là ce qui donne au muscle plus d'ampleur.

Schmiedeberg conclut de ses expériences à la thérapeutique. « Il est faux, dit-il, d'admettre dans les maladies du cœur une facilité plus grande pour le ventricule ralenti de se contracter plus complètement de manière à lancer plus de sang dans l'aorte. Il est faux d'admettre une augmentation de pression qui dépend du resserrement des artérioles. Il est, au contraire, vrai que cette forte pression résulte d'une *réplétion* plus marquée des artères par suite d'un complet changement de l'activité du cœur; c'est cette réplétion qui est l'agent curatif véritable. Contrairement au renforcement de la systole, il vient d'une extension de la diastole et, par cela même, d'un volume plus marqué de sang projeté ensuite par la systole dans les artères; le cœur est devenu plus plein et non plus contracté. »

La conséquence est celle-ci : *le renforcement de la diastole, par suite de l'élasticité mise en jeu,* fait sortir plus de sang du cœur pendant la systole suivante. Cette réplétion artificielle s'applique à tous les cas où le cœur est dilaté, où les parois sont affaiblies (1).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 juin 1891. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : Traitement des fractures de la rotule.

M. Lucas-Championnière montre d'abord deux malades, dont l'un a été traité par les

(1) Nous terminerons la reproduction de cette importante communication dans un prochain numéro.

appareils et l'autre par la suture. Celui sur lequel on a appliqué les appareils a eu sa fracture il y a cinq mois; actuellement, il marche difficilement et ne peut porter de fardeaux. Le second malade a eu la rotule suturée il y a vingt jours. Il marche notablement mieux que le premier et cependant il a plus de 60 ans. Il est impossible de ne pas être impressionné par la comparaison de ces deux malades.

M. Lucas-Championnière admet que, dans quelques cas, les appareils ne donnent pas de trop mauvais résultats; cependant le plus souvent ces résultats sont fort défectueux et ceux qu'on obtient par la suture sont beaucoup meilleurs.

Il est inutile de se préoccuper, pour le traitement, des variétés anatomiques que peuvent présenter les fractures. Déchirure des insertions latérales, déchirure ou conservation de la capsule importent peu pour la thérapeutique. Par suite de la production de tissus fibreux entre les fragments, les appareils ne peuvent les rapprocher.

En réalité, on devrait, si on admet l'efficacité de la suture, l'appliquer à toutes les fractures.

L'emploi des procédés ordinaires est toujours suivi d'une atrophie musculaire souvent très marquée; il s'ensuit que le malade reste infirme. Si quelquefois les fonctions du membre semblent revenir, c'est que les patients arrivent peu à peu à être de véritables acrobates et apprennent à suppléer à l'insuffisance de leur triceps. Après la suture, il ne se produit pas d'atrophie et l'état est normal au bout de dix à trente jours, de telle sorte que l'opéré peut descendre un escalier.

La flexion peut d'abord être insuffisante, mais il arrive toujours un moment où elle se fait normalement; l'extirpation de la rotule est parfaitement inutile. L'extension, au contraire, est souvent des plus gênée quand il y a eu emploi des appareils.

Les fils ne coupent pas l'os. Il faut choisir des fils d'argent volumineux que l'on passe facilement à travers des trous pratiqués dans les fragments. On fait ainsi une sorte de charnière métallique. Les fils trop fins cassent rapidement. Tout fragment peut être utile, et il ne faut en supprimer aucun.

La suture est indiquée dans toutes les fractures de la rotule. Peut-être même pourrait-elle être utile dans d'autres fractures. Quand le sujet est cachectisé ou trop âgé, il vaut mieux ne pas intervenir. De plus, il faudra toujours recourir à l'antisepsie dans l'opération, l'asepsie n'est pas suffisante.

M. Berger ne croit pas que l'on doive employer la suture dans tous les cas et rejette complètement l'usage des appareils. Quand il s'agit de sujets jeunes, ces derniers donnent parfois des résultats assez bons. Sur 10 malades de Bicêtre, qui avaient eu dans leur jeunesse des fractures de la rotule, dans deux cas les fonctions étaient normales, dans quatre la marche était difficile, dans les autres il y avait une véritable infirmité. Les appareils peuvent être utiles dans la médecine rurale, car la suture est difficile à faire et, en fait, les malades arrivent à apprendre à se servir convenablement de leur membre.

M. Kirmisson partage l'avis de M. Berger. Il ne croit pas que l'on puisse affirmer que le malade dont M. Lucas-Championnière a tracé l'histoire soit absolument guéri. Il y a un peu de liquide dans l'articulation, il peut donc y avoir de l'arthrite qui entraînera l'atrophie du triceps. De plus, il est fort possible que le cal s'allonge, car il ne doit pas y avoir de consolidation osseuse.

M. Richelot admet que la suture est excellente, mais elle a ses indications, de même que les autres traitements. Tout le monde a vu des malades, traités par les appareils, recouvrer l'extension complète, pouvoir remonter à cheval, etc. Ce ne sont pas des acrobates, mais des personnes qui, à force d'exercice et d'efforts intelligents, ont pu triompher de leur infirmité. On peut, du reste, les aider par le massage et l'électricité. Une condition de succès, c'est l'absence d'immobilisation prolongée.

Pour M. Championnière, la suture est préférable, parce qu'elle guérit le malade rapidement, tandis qu'avec des appareils les bons résultats, qui sont du reste réels, ne sont obtenus qu'après un long temps. La suture vaut mieux, pour les fractures de la rotule, que le massage, qui est lui-même très supérieur à l'immobilisation. Le malade qu'il a présenté guérira sans arthrite comme tous ceux qu'il a opérés jusqu'à présent.

— M. MONOD montre un jeune homme à qui il a fait l'*orchidopexie* avec un succès complet.

— M. REYNIER présente un malade qui a été trépané pour une fracture du crâne, suivies de petites attaques et d'absence. Les accidents n'ont pas reparu. Il persiste une paralysie faciale unilatérale.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 juin. — Présidence de M. LABBÉ.

SOMMAIRE : *Des rashs dans la varicelle. — Stomatite diphthéroïde à staphylocoques (stomatite impétigineuse). — Dissociations de la motilité chez un dégénéré hystérique.*

M. CHAUFFARD : M. Galliard a communiqué dans la dernière séance des cas de rash scarlatiniforme dans la varicelle. De tels faits ne sont probablement pas aussi rares qu'on le croit, mais on ne les publie pas. M. Chauffard en a observé deux cas pendant qu'il était l'interne de M. Archambault. Dans ces deux cas, le rash ne survint qu'après les premières poussées de varicelle et tous deux guérirent parfaitement. M. Chauffard remarqua, chez l'un de ces malades, que la pression linéaire de l'ongle ne produisait pas la raie blanche caractéristique de l'éruption scarlatineuse. De nouvelles recherches démontreraient peut-être que c'est là un très bon moyen de diagnostic.

Ces deux cas sont absolument analogues à ceux de M. Galliard. Cependant le rash peut quelquefois n'être pas scarlatiniforme; dans une troisième observation de M. Chauffard, il s'agit, en effet, d'un rash rubéolique, sans énanthème ni catarrhe des muqueuses, survenu chez un enfant de 18 mois au cours d'une éruption typique de varicelle.

M. GALLIARD a reçu d'un médecin de l'Indre-et-Loire, M. le docteur Sabaté, une nouvelle observation de rash scarlatiniforme dans la varicelle. De tels faits ne sont donc point absolument rares.

— M. SEVESTRE a étudié avec M. Gastou, interne des hôpitaux, une variété de stomatite qui a déjà été décrite par Bergeron, Hénoch, et par Jullien dans sa thèse inaugurale. Comme cette stomatite se montre surtout chez des enfants atteints de rougeole, on la considérait simplement comme une infection secondaire, et, dans les autres cas, on la confondait avec la diphthérie. Cette variété de stomatite, trop peu connue, mérite cependant une place spéciale dans le cadre nosologique.

Cliniquement, elle se caractérise par sa localisation presque constante à la face interne des lèvres et, moins fréquemment, sur certains points de la muqueuse buccale. Ce sont là des plaques blanchâtres, diphthéroïdes très adhérentes. Cette stomatite guérit ordinairement en sept ou huit jours et ne présente aucune gravité.

Le début se fait le plus souvent à la lèvre inférieure près de la ligne médiane. Les plaques d'abord petites, opalines, transparentes, deviennent ensuite plus épaisses et prennent une coloration grisâtre ou jaunâtre. On ne peut les détacher de la muqueuse sans la faire saigner, et elles se transforment alors, sur les parties de la lèvre exposées à l'air, en croûtes sanguinolentes. Elles ont une forme allongée et mesurent 5 à 6 millimètres de long sur 2 millimètres de large. A la lèvre supérieure, elles occupent les deux petits sillons qui limitent le lobule médian. Après la ligne médiane leur siège de prédilection est surtout à la commissure des lèvres. Il n'y en a jamais sur les gencives; on en trouve quelquefois à la face interne des joues, quelquefois aussi à la langue, sur les bords et sur la pointe; ici elles sont toujours petites et allongées. Sur le voile du palais et la luette elles sont arrondies ou ovalaires, parfois réunies par leurs bords.

On n'en trouve jamais sur le pharynx ni sur les amygdales.

Leur évolution est rapide; l'éruption se fait pour ainsi dire en un seul temps et non par poussées successives. Au bout de cinq ou six jours, elles commencent à se rétrécir, à diminuer d'épaisseur, puis elles disparaissent. Elles persistent cependant plus longtemps à la commissure des lèvres et laissent quelquefois en ce point des fissures difficiles à guérir. Autour des plaques, la muqueuse est rouge, tuméfiée, et saigne facilement;

l'haleine n'est pas fétide, et elles ne provoquent pas de douleur, sauf quand elles se dessèchent et se fendillent, comme cela arrive à la commissure et sur le bord libre des lèvres. Les ganglions ne sont pas tuméfiés, au moins du fait de la stomatite; elle ne s'accompagne pas de fièvre.

Cette stomatite se développe surtout chez des enfants atteints de rougeole, de coqueluche, de troubles gastro-intestinaux, et, en dehors de ces affections, chez des enfants débilités, à nutrition défectueuse. Elle coïncide quelquefois avec le coryza chronique et très fréquemment avec l'impétigo de la face. Cette coïncidence avec l'impétigo paraît fournir une indication importante sur la nature de la maladie.

Les caractères très nets de cette stomatite permettent de la diagnostiquer facilement. Elle ne présente aucune analogie avec les aphtes, le muguet, la gangrène de la bouche, la syphilis buccale héréditaire. La stomatite ulcéro-membraneuse s'en distingue par sa localisation et par la fétidité de l'haleine. Avec la diphthérie, la confusion peut être possible; la plupart des auteurs regardent même cette stomatite comme une stomatite diphthérique très bénigne. Cette interprétation ne peut cependant pas être acceptée; jamais, en effet, les plaques ne dépassent le voile du palais; elles se produisent en une seule poussée; elles n'ont aucune tendance à envahir les parties voisines; elles sont absolument adhérentes à la muqueuse. Tous ces caractères suffisent à les distinguer des productions diphthériques. L'examen bactériologique complète cette distinction. Dans tous les cas observés, en effet, on a trouvé le staphylococcus aureus. Dans trois cas, il y avait en même temps de rares bacilles indéterminés, dont le rôle est probablement secondaire; jamais on ne trouva le bacille de Lœffler.

Cette stomatite doit probablement être rattachée à l'impétigo; la plupart des enfants observés en étaient atteints. Or, dans les pustules d'impétigo, on retrouve le staphylocoque doré. Il s'agirait donc d'une stomatite impétigineuse. M. Bergeron avait d'ailleurs déjà remarqué cette relation et décrit « l'impétigo de la muqueuse des lèvres ».

De la communication de M. Sevestre, on peut tirer cette conclusion pratique qu'il ne faut pas envoyer dans des pavillons de diphthériques des enfants atteints de stomatite impétigineuse, et que le traitement doit simplement consister en lavages antiseptiques de la bouche et régime tonique.

M. Netter : Le travail de M. Sevestre confirme les recherches d'Eugène Fraënkel, qui, en 1888, ayant examiné des plaques de stomatite aphteuse survenue au cours de la fièvre typhoïde, trouva le staphylococcus aureus. Ce microbe peut donc, comme le streptocoque, comme le pneumocoque, produire des fausses membranes. Dans ces cas, l'examen bactériologique peut être extrêmement utile pour le diagnostic. En effet, M. Netter, appelé il y a quelques jours auprès d'une malade atteinte d'angine à fausses membranes, ne trouva point le bacille diphthérique, mais simplement le staphylococcus aureus et quelques streptocoques. Les fausses membranes étaient peut-être plus molles que dans la diphthérie; mais c'étaient seulement là des nuances ne permettant pas de porter un diagnostic certain. L'examen bactériologique était, au contraire, très significatif. La malade guérit rapidement.

Dans ce cas, le staphylocoque, au lieu de se localiser sur les lèvres et la muqueuse buccale, avait évolué sur les piliers et la muqueuse pharyngée.

M. Sevestre n'a voulu s'occuper que des stomatites diphthéroïdes. Mais les angines pseudo-membraneuses à staphylocoques sont en effet connues; Cornil et Babès et MM. Wurtz et Bourges en ont rapporté des exemples.

M. Comby : Dans un travail sur l'impétigo aigu chez les enfants, travail déjà présenté à la Société clinique, a cité plusieurs cas de stomatite impétigineuse; jamais les pustules ne se sont développées sur la gorge, mais quelquefois sur la conjonctive et sur les doigts où elles produisaient des tournioles. Le diagnostic a toujours été facile.

M. Chantemesse : Toutes les lésions de la muqueuse buccale peuvent se recouvrir de fausses membranes; ces fausses membranes, dans l'épaisseur desquelles on peut retrouver les espèces microbiennes qui habitent normalement la bouche, n'indiquent donc point dans tous les cas une maladie primitive; la stomatite ou l'angine à fausses membranes

sont dues à une infection secondaire survenue sur une lésion primitive dont les causes sont très multiples.

Quand on a enlevé les amygdales, on voit dès le lendemain se produire, sur la surface de section, une fausse membrane blanchâtre, adhérente, présentant tous les caractères d'une fausse membrane diphthérique; mais elle n'a aucune tendance à l'envahissement; il y a en même temps de la dysphagie, de la douleur, et un peu de malaise général; puis tout rentre dans l'ordre au bout de dix ou douze jours. Ceci représente assez bien le tableau des angines diphthéroïdes de Lasègue. Dans la fausse membrane, M. Chantemesse et son interne, M. Camescasse, ont trouvé des staphylocoques, des streptocoques et enfin un bacille qui, par ses cultures et sa morphologie, ressemblait absolument au bacille diphthérique. Mais son inoculation aux animaux n'a donné aucun résultat.

M. Sevestre croit, avec M. Comby, que le diagnostic de la stomatite qu'il vient de décrire est facile. Cependant, il était nécessaire d'attirer l'attention sur elle, car on la confond généralement avec la diphthérie. Bergeron et Henoch sont les seuls auteurs qui aient insisté sur la différence de nature des deux affections.

— M. Raymond présente un malade âgé de 28 ans qui, il y a huit mois, fut pris d'un tremblement généralisé, de difficulté de la parole et de perte de mémoire. Rien dans ses antécédents héréditaires; à l'âge de 7 ans, il eut, sur le bord d'une rivière, une frayeur très vive; depuis ce moment, il a toujours eu peur de l'eau. Pas de trouble intellectuel ni mental jusqu'en 1890; pas de syphilis ni d'alcoolisme.

Actuellement, le facies immobile et sans expression, le *masque* du malade frappe au premier abord; il éprouve lui-même une sensation de tension et de raideur des muscles de la face. Sa mémoire est diminuée pour les faits récents. Acuité auditive diminuée à droite; perte de l'odorat, du goût; abolition complète du réflexe pharyngé. Diminution de la sensibilité aux membres. Hyperesthésie testiculaire; sens génital accru. Réflexes rotuliens normaux, réflexes plantaires abolis. Sens musculaire normal. La marche est possible, mais, après quelques instants de station debout, le malade est pris d'un tremblement généralisé. Quand on lui ordonne de fléchir le bras, ce mouvement se fait lentement et par saccades. Il ne peut siffler quand on le lui commande, sauf si on lui ordonne de siffler un air qu'il connaît. La parole est difficile, et l'émotion accentue ce bégaiement; on dirait alors que les muscles phonateurs sont pris de mouvements choréïques. Ce trouble de la parole disparaît quand le malade chante, quand il est en colère.

Les paupières sont aux trois quarts fermées, les globes oculaires sont abaissés et immobiles; il y a donc de l'ophthalmoplégie externe; mais cette ophthalmoplégie n'est pas permanente. En effet, quand le malade n'est pas observé, ses globes oculaires reprennent leur mobilité; mais c'est là une mobilité réflexe; que sa volonté intervienne pour exécuter un mouvement et l'ophthalmoplégie apparaît. Il s'agit donc d'une ophthalmoplégie hystérique telle que Parinaud, Charcot, Bristow, Ballet en ont cité des exemples. La réaction pupillaire est normale. Achromatopsie; micromégalopsie; accommodation normale; rétrécissement du champ visuel à 55° de chaque côté; pas de strabisme.

M. Raymond attire spécialement l'attention sur la dissociation entre les mouvements volontaires et les mouvements inconscients ou réflexes. Les premiers sont abolis, les autres conservés. Cette dissociation de la motilité existe du côté de la face et des membres; on pourrait la comparer à la dissociation de la sensibilité dans la syringomyélie et dans l'hystérie. Même dissociation pour les phénomènes d'accommodation et de convergence. Cette différenciation entre les mouvements volontaires et les mouvements inconscients ferait à elle seule faire le diagnostic d'hystérie.

Quant à la localisation de ce trouble de la motilité, M. Raymond pense qu'il s'agit de troubles des centres psycho-moteurs. Pour ce qui est de l'ophthalmoplégie, il ne peut s'agir d'une paralysie bulbaire, comme dans l'ophthalmoplégie vraie, puisque les mouvements réflexes sont conservés; en outre, la dissociation de la motilité atteint le reste de la face, la langue, les membres. Les expériences physiologiques de Muck, de Hott, de Schœffer confirment l'opinion de M. Raymond. Ces auteurs, en effet, ont montré que

la faradisation bilatérale de l'écorce frontale et du centre visuel occipital provoque la fixité des globes oculaires en haut ou en bas. Les modifications fonctionnelles des muscles moteurs de l'œil seraient donc dues à des troubles corticaux. Or, ces troubles centraux n'interrompraient point les mouvements réflexes, comme le remarque Knies, tandis que les mouvements volontaires seraient, au contraire, abolis.

FORMULAIRE

Liniment contre l'eczéma de l'anus et du scrotum. — Unna.

Huile de lin...........................	ãã 25 grammes.
Eau de chaux...........................	
Oxyde de zinc..........................	
Iodoforme..............................	4 à 8 —

F. s. a. un mélange destiné à combattre l'eczéma rebelle de l'anus et du scrotum. Purgatifs légers tous les deux ou trois jours.

COURRIER

Le concours du clinicat chirurgical s'est terminé par la nomination de M. Delbet.

— Le concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. Boissard.

Missions scientifiques. — M. Liotard, pharmacien de la marine, est chargé d'une mission d'exploration dans l'Afrique équatoriale, et principalement dans le bassin de l'Oubanghi, à l'effet d'y recueillir des collections scientifiques destinées à l'Etat.

Un végétarien. — Le *New-York Sun* écrit que Thomas Edison est végétarien, qu'il ne mange ni viande, ni volaille, ni poisson. Il aime tous les fruits, il mange des légumes de toute espèce. Il apporte un grand soin à sa nourriture, persuadé que celle-ci a une grande influence sur l'intelligence.

Il ne semble qu'il ne voie aucune privation dans la pratique du végétarisme, et qu'en dehors de la viande, de la volaille et du poisson, il a découvert nombre d'aliments délicieux, fortifiants.

A Chicago existe une Société de végétariens dont une partie des membres sont des savants. Il est prouvé par la photographie, affirme son président, que la viande a une influence pernicieuse sur le corps humain et que la moitié des malades pourraient être guéris par l'abstinence de nourriture animale, ce qui explique d'ailleurs que beaucoup de grands philosophes aient été végétariens. (*Lyon méd.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

La communication de M. Germain Sée, terminée dans la dernière séance de l'Académie, demande à être lue en entier. Elle résume, passe en revue toute la physiologie normale et pathologique du muscle cardiaque, ses modifications sous l'influence des substances médicamenteuses spéciales au cœur et, par suite, l'influence thérapeutique de ces substances dans les affections de cet organe. C'est en quelque sorte toute la pathologie du cœur examinée à un nouveau point de vue et aboutissant au mode d'administration des divers agents régulateurs du cœur, et présentée avec toute la manière saisissante du professeur de clinique de l'Hôtel-Dieu.

— Nous avons parlé dernièrement d'un nouveau mode de diagnostic de la tuberculose bovine, proposé par M. Mandereau. D'après cet auteur, tous les bovidés tuberculeux présenteraient des germes ou bacilles dans l'humeur aqueuse de l'œil; donc, en injectant de l'humeur aqueuse de bovidés soupçonnés tuberculeux dans le péritoine d'un cobaye, si cet animal devient tuberculeux, c'est que le bovidé soupçonné l'était; sinon, c'est qu'il ne

FEUILLETON

CAUSERIE

Notre vénéré confrère M. Diday (de Lyon) a consacré à la mémoire de son ami le professeur Bénédict Teissier une notice biographique écrite avec tout son cœur. « Il ne faut dire que du bien des morts », a-t-on dit depuis longtemps, en latin et peut-être en grec; il n'y a donc que du bien dans le panégyrique que nous venons de lire et qui se trouve réparti dans plusieurs numéros du *Lyon médical;* mais dans l'espèce, comme on dit, M. Diday n'a eu qu'à raconter et à apprécier ce qu'il savait de son sujet : il n'y avait que du bien à en dire. J'ai trop peu connu B. Teissier, mais chaque fois que j'ai eu le plaisir de le rencontrer dans les Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, qu'il se plaisait à honorer de sa présence et de ses communications, j'ai pu le juger tel que le dépeint son historien.

La vie d'un tel homme doit fourmiller d'anecdotes, pain béni pour les chroniqueurs à court d'haleine par cette température étouffante. Aussi en ai-je cherché dans cet éloge, et trouvé quelques-unes qui, je n'en doute pas, chers lecteurs, feront votre joie comme elles ont fait la mienne.

Son père le rêvait professeur à l'Ecole de médecine de Lyon; cependant tous ses bio-

l'était pas. Ceci devait donc simplifier énormément le diagnostic de la tuberculose dans les cas d'expertise, d'examen pour l'abattoir, etc. Un bœuf est-il suspect? On lui retire, au moyen d'une seringue de Pravaz, de l'humeur aqueuse qu'on injecte à un cobaye et on sait à quoi s'en tenir... en quinze jours. Malheureusement, les choses ne sont pas aussi réelles que M. Mandereau l'avait cru. MM. Nocard, Leclainche et Greffier ont répété les expériences de leur devancier et obtenu de tout autres résultats.

Chargés par la Société de biologie de contrôler les données annoncées par M. Mandereau, ces trois expérimentateurs ont examiné l'humeur aqueuse de 20 bovidés tuberculeux, dont 14 atteints de lésions généralisées. Chez tous, ils ont examiné l'humeur des deux yeux. L'examen microscopique n'a révélé l'existence du bacille de la tuberculose dans aucun cas. 40 cobayes ont été inoculés dans le péritoine avec l'humeur aqueuse et tous ont continué à se bien porter et à engraisser. Ceux de ces animaux qui paraissaient le moins florissants ont été sacrifiés plus tard et tous étaient indemnes de tuberculose. Les autres ont survécu et sont en parfait état.

Les rapporteurs concluent donc qu'il leur est impossible d'accepter les conclusions de M. Mandereau et d'admettre que l'examen de l'humeur aqueuse puisse servir au diagnostic de la tuberculose chez les bovidés.

L.-H. P.

Cœur et thorax,

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 23 mai 1891,

Par P. Duroziez.

Le thorax mal fait dénonce un cœur mal fait; l'examen du thorax importe à l'étude des maladies du cœur; il y a pourtant des cas de scoliose considérable, chez l'adulte, où le cœur n'est pas mal conformé; la circulation est seulement entravée, le cœur est gêné. La déformation est tardive. Il s'agit

---

graphes s'accordent à parler de sa vocation pour l'Ecole polytechnique. Il y était porté, dit-on d'après le témoignage d'Ampère, par ses succès de lycée en mathématiques. Fort bien. Mais quelles mathématiques? et quels succès? Voyons de près; et croyons-en Ampère lui-même.

L'année de mathématiques, en ce temps, outre les mathématiques proprement dites, comprenait physique, chimie, et le peu qu'on enseignait alors d'histoire naturelle. Or, en 1832, Ampère, dans sa tournée d'inspecteur général, consacrant une journée à chaque classe, Teissier, en mathématiques, appartenait à la phalange d'élite que tout professeur présente pour spécimen. Mais troublé sans doute, peut-être mal préparé sur la question, il sortit de l'épreuve ayant assez peu satisfait les juges. Dans l'après-midi, c'était le tour de la physique. Et là aussi, l'élève Teissier comptait parmi les forts. Mais, cette fois, plus solide sur un terrain solide, il soutient vaillamment le choc, si vaillamment que, en terminant : « Bravo, lui dit Ampère, qui avait de la mémoire quand il le voulait; bravo, jeune homme, vous me dédommagez de l'imbécile qui m'a répondu ce matin! »

Tout restrictif qu'il fut, ce seul mot d'encouragement soutint l'aspirant médecin contre toutes les défaillances, contre la persistante débilitation résultant d'une fièvre grave, au cours de laquelle on le vit littéralement se rattacher à la vie en se rattachant à l'étude. Mais je ne vois pas dans tout cela qu'Ampère lui eut découvert une vocation pour l'Ecole polytechnique.

Au moment de son entrée dans l'enseignement, tout jeune docteur se pose plusieurs

parfois d'affaissement rachidien par ostéite tuberculeuse. On trouve le pouls fréquent, le rythme modifié, le timbre des claquements altérés, mais non les signes d'une grande lésion orificielle; on n'a pas l'idée d'une grande malformation du cœur en rapport avec l'énorme malformation thoracique qu'on voit. Le squelette seul a été atteint par la malformation. Il n'y a pas à nier ces cas, à qui nous opposons beaucoup d'autres où nous trouvons la simultanéité des lésions cardiaques et osseuses.

Nous donnons ici les titres de quelques observations; nous avons vu les malades dans le cours de ces derniers mois.

Chez un garçon de 4 ans, qui a certainement la communication anormale entre les cavités et le rétrécissement pulmonaire, nous notons le sternum et les cartilages en carène et l'épine dorsale serpentante.

Chez un garçon de 7 ans, rétrécissement pulmonaire et communication anormale avec cyanose. Les cartilages droits et gauches sont soulevés. L'épine dorsale est droite.

Bardeau, garçon de 9 ans, scoliotique, a l'insuffisance aortique et tricuspidienne.

Caret, garçon de 13 ans 1/2. Poitrine aplatie en avant, sternum étroit, affaissé. Saillie des cartilages. P. 120. Souffle aortique.

Chez Marie L..., 16 ans, nous constatons la saillie en carène du sternum et des cartilages costaux, les lèvres cyanosées, le bruit de scie en bas du sternum, l'apparence chétive et vieillotte. Nous diagnostiquons le rétrécissement pulmonaire et la communication interventriculaire.

Resende, garçon de 16 ans. Rétrécissement pulmonaire. Communication interauriculaire et interventriculaire. Thorax large à la base, étroit à la partie supérieure. Sternum arqué en avant. Membres grêles.

Faneau, garçon de 17 ans. Thorax aplati. Rétrécissement pulmonaire.

F..., fille de 18 ans. Cyphose à droite. Saillie en avant, à gauche. Rétrécissement pulmonaire et communication anormale.

C..., garçon de 19 ans. Thorax rétréci à la base. Absence de l'artère pulmonaire. Communication interventriculaire. Les artères bronchiques développées.

Legal, homme de 19 ans. Thorax allongé en cylindre. Rétrécissement pulmonaire.

H. de 20 ans. Poitrine et articulation sterno-claviculaire saillantes à gauche. Base de la poitrine formant bourrelet. Omoplates ailées. Souffle en bas du sternum.

---

questions que résume très bien M. Diday. Ce diplôme, ce grade, ce titre qu'il vient de conquérir, qu'en fera son ciseau?... Dieu, table, ou gagne-pain?

Une voix, en ce moment, se fit entendre à Teissier. Et non pas une de ces voix intérieures que le plus souvent on n'invoque qu'à titre d'indulgent complice, mais voix réelle, inflexible, qui fit vibrer à son oreille cet expressif et cru langage : « Il y a pour un professeur deux buts à poursuivre en faisant la clinique : L'argent! L'avenir. Si vous choisissez le premier, vous aurez vite le succès désiré; si le second, il vous faudra sacrifier les deux tiers — je dis les deux tiers — de votre clientèle; mais, dans trois ou quatre ans, vous m'en direz des nouvelles! » Puis, mettant son post-scriptum dans une paternelle étreinte : « Allez, mon ami, allez. Oh! je comprends votre hésitation; mais que rien ne vous arrête. Vous savez bien que, tant que j'aurai de quoi vivre, il y en aura aussi pour vous! »

Mais tout le monde n'a pas pour guide un Amédée Bonnet, et tout le monde n'a pas la patience d'attendre. Heureux les Teissier!

Voilà donc le nôtre, consacrant chaque matin son assiduité consciencieuse, sa pénétrante activité au service des malades et des élèves. C'est là, dès son entrée, qu'il trouva l'occasion de pratiquer la première injection iodée comme traitement radical de l'ascite. La malade, une jeune fille, guérit et guérit entièrement, puisqu'elle envoya, en signe d'entière satisfaction, au jeune opérateur, le travail de ses mains, une chemise brodée et un couvre-pieds. Combien de temps dura ce beau zèle? Jusqu'à son dernier jour. « Quatre ou cinq fois en vingt-cinq ans, disait-il souvent à son ami M. Diday, quatre ou

D., femme de 23 ans. Poitrine un peu aplatie. Thorax court. Bifidité du sternum en bas. Rétrécissement pulmonaire. Communication interventriculaire.

L., femme de 23 ans. Saillie au niveau du deuxième espace gauche contre le sternum. Rétrécissement pulmonaire.

F., domestique, femme de 24 ans, a été réglée à 22 ans, mal. Elle est enceinte de sept mois et nie aucun rapport sexuel. C'est une brute. La tête est grosse, les mains sont trapues, les phalangettes élargies, les ongles bleus. Saillie des deuxièmes cartilages gauche et droit. Jambes droites. Souffle ronflant sur toute la surface du cœur avec maximum au niveau du deuxième espace gauche. Ici encore nous trouvons la malformation du cœur liée à la malformation du squelette.

Bernard, homme de 24 ans. Poitrine aplatie en haut à gauche. Rétrécissement pulmonaire.

On nous présente D., 27 ans, garçon de magasin, comme ayant une lésion singulière, des battements de l'oreillette, une lésion de la mitrale, de la tricuspide. Or, la tête est mal faite, petite, d'avorton. Soulèvement et matité au niveau du deuxième cartilage et du deuxième espace gauches. Sternum aplati. Souffle au premier temps au niveau des premier et deuxième espaces gauches et en bas du sternum. Nous concluons au rétrécissement pulmonaire. Il a eu un rhumatisme articulaire aigu au régiment.

Poulain, homme de 28 ans. Poitrine difforme. Le sternum bombe en bas surtout : les côtes inférieures rentrent. Souffle à la pointe. Rétrécissement pulmonaire. Communication du trou de Botal.

Dreux, 37 ans, femme de ménage. Poitrine étroite. Tête allongée. Rétrécissement pulmonaire.

Maubernard, homme de 38 ans. Saillie à droite du sternum en bas. Saillie en haut à gauche vers le deuxième espace gauche. Clavicule gauche saillante et grosse. Cyanose. Rétrécissement pulmonaire et communication anormale.

Pialat, femme de 46 ans. Voussure au niveau des deuxième et troisième espaces gauches. Rétrécissement pulmonaire. Communication anormale.

La malformation peut porter sur une valvule isolée, sur les sygmoïdes aortiques ou sur la mitrale.

Chez un garçon de 15 ans et demi, nous trouvons l'insuffisance aortique sans cause antécédente. Il n'a jamais pu courir. Il a la tête énorme, la poitrine étranglée au milieu, le cœur petit. Nous concluons à la malformation des sigmoïdes aortiques.

---

cinq fois, il m'est arrivé de manquer de faire ma leçon, jamais de manquer de la préparer. » On connaissait autour de lui son inflexible rigidité sur ce point. Le mot d'ordre était donné pour s'y conformer strictement. Témoin, cette réponse typique lancée à un visiteur qui, en qualité de confrère, s'était cru autorisé à enfreindre la consigne : « Non, non, cria la vieille bonne, Monsieur prépare sa leçon; je ne le dérangerais pas pour Monseigneur l'archevêque ! »

Quant aux malades !.... Après exploration et réponse à quelques questions essentielles, son diagnostic en général était formé, et il eût pu s'en tenir là. Mais expédier un client, Jamais, même ceux de l'hôpital —, où, suivant l'expression de l'un deux, « — il nous soignait tous, dit-il, comme si nous étions des millionnaires ! » Avec lui, le malade sollicité s'épanchait, laissant voir par quels chemins, le cas échéant, et pour son plus grand bien, il serait le plus prudent et le plus facile de le conduire. On causait donc, Teissier donnant faiblement la réplique et plantant ses jalons.

Car, pourquoi le cacher? C'était là son penchant, son art, son triomphe. Faire le nécessaire sans laisser soupçonner qu'il est l'indispensable, telle fut sa règle. De tout le vocable chirurgical, il ne lui était resté en mémoire qu'un adverbe : *jucundè*. Et peu ou prou, jamais, je pense, un consultant quelque peu sérieusement atteint n'a eu de lui la vérité sans fard. « Pour cela seul, c'est permis ! » se contentait-il de répondre aux rigoristes. Et quel virtuose ! Jugez-en par ce portrait, pris sur nature, mais qu'on jugerait tableau de fantaisie, tant la nature s'y montre invraisemblable !

Deux frères, de 54 et 51 ans, se ressemblant, de tous points pareils, vivant côte à côte,

Un individu a des épistaxis étant enfant; jamais il n'a pu courir. A 7 ans, il a la chorée. Il a de tout temps été faible, maladif. A 15 ans, dans une course forcée, il est obligé de s'arrêter tout d'un coup; quelque chose s'est décroché. Nous trouvons aujourd'hui l'insuffisance aortique considérable, la saillie des cartilages gauches et la courbure aortique en arrière. La tête est allongée, difforme. Le cœur et les os étaient mal construits. Les sigmoïdes aortiques ont cédé à la première occasion. Le rachitisme tient ici le grand rôle.

Le rétrécissement tricuspidien congénital n'est pas rare. Rarement, nous trouvons consigné dans les observations l'état du squelette.

Nous trouvons, dans l'*Essai* de Robert Leudet, sur le rétrécissement tricuspidien, les deux observations qui suivent; contre l'auteur, nous les admettons congéniales.

Amelot (Jeanne), 56 ans, trameuse. Rétrécissement mitral et tricuspidien. Atrophie de l'artère radiale gauche. Déviation du rachis. (E. Leudet.)

Vernier, 37 ans, domestique femme. Asymétrie de la face. Déformation du sternum. Pas de rhumatisme. Hémiplégie droite. Lésion de la mitrale. Rétrécissement de la tricuspide. (E. Leudet.)

Nous admettons, dans le cas suivant, le rétrécissement congénial de la tricuspide et de la mitrale.

Chez un garçon de 8 ans, dont les mains à trois et quatre doigts forment l'équerre avec le radius sans cubitus, nous trouvons les signes du rétrécissement de la tricuspide et de la mitrale. Il y a atrophie des ventricules; les cartilages ne sont pas soulevés; le sternum est large, aplati, frisuré et troué vers le milieu.

Mais qu'on ne fasse pas le diagnostic plus facile qu'il n'est. Nous voyons la femme V..., 43 ans, lingère. Nous entendons le piaulement et sentons le frémissement cataire en bas du sternum. L'interne est étonné du changement; il a entendu il y a quelques jours un souffle au premier temps au niveau du deuxième espace gauche et a diagnostiqué le rétrécissement pulmonaire. A l'autopsie, il ne trouve que des caillots de l'artère pulmonaire.

---

de la même profession, de la même vie. L'aîné meurt d'un cancer de l'œsophage. Le cadet, qui l'avait soigné du début à la fin, pris des mêmes symptômes, — qu'il devait connaître, — vient me consulter. Dès la deuxième visite, jugeant la gravité du cas, j'appelle Teissier; et déjà je dissertais commémoratifs, symptômes, diagnostic, quand lui d'un clin d'œil m'arrête, et s'emparant du premier rôle trop lourd pour mes épaules : « Mais de quoi vous inquiétez-vous là, mon ami? » dit-il au consultant alarmé. Il n'y a pas l'ombre de lésion matérielle. Les nerfs seuls sont en feu; simple névrose par imitation. Pour mettre ordre à ce spasme, il n'y a qu'une chose à faire : Se raisonner, tacher de prendre le dessus. » Ce langage si bien à sa portée fit merveille sur le client illusionné. Tout ce qu'on devait, tout ce qu'on pouvait faire n'en fut pas moins exécuté sous divers prétextes. Et le pauvre diable arriva, ainsi conduit, au terme prévu, sans avoir soupçonné l'horrible nom de l'horrible mal, et jusqu'à la dernière minute convaincu qu'il allait guérir dès qu'il serait arrivé à *prendre le dessus!*

Cet art que je loue, ajoute M. Diday, d'autres l'ont décrié. Il y a un mot là-dessus : « L'eau bénite de Benedict! » Mais je proteste contre l'assimilation. *Le mensonge médical* n'est pas à la portée du premier venu. Arme d'exception, il doit réussir sous peine d'empirer ce qu'il voulait guérir. Mais si la tactique est hasardeuse, son succès, par contre, n'atteste-t-il pas la sagacité supérieure de qui l'a mise en œuvre?

Qu'ajouter après cela, si ce n'est cette phrase, qui résume le fond du caractère de cet homme éminent : « De mon naturel, je suis aussi grand admirateur d'un visage content que d'autres le sont d'une tulipe ou d'une aile de papillon bien nuancée. » Et cela lui

Les cartilages gauches étaient saillants; les deuxième et troisième douloureux. On est obligé de tenir compte des caillots dans le diagnostic du rétrécissement pulmonaire. Nous en avons apporté des exemples.

Le diagnostic est aidé par l'examen du thorax. Chaque cas a sa note individuelle. A nous de saisir la note. Il importe autant de regarder et de palper que d'écouter.

REVUE DES CLINIQUES

Sur un cas de pied tabétique, par M. le docteur Richardière (1). — Le malade est un tabétique dont l'histoire est absolument classique. Comme particularité intéressante, il présente de temps en temps, à intervalles très espacés, des accès de suffocation subits, qui durent quelques minutes et s'accompagnent de ronflement sonore perceptible à distance. Pendant un accès, le malade accuse une sensation de vertige extrêmement pénible. Il voit les objets environnants tourner autour de lui. Parfois même, il perd connaissance. Une fois, on a été sur le point de faire la trachéotomie. Mais, après quelques minutes d'anxiété, la respiration s'est rétablie et le danger a été conjuré. Ces accès ne durent, en général, pas longtemps, seule la sensation vertigineuse peut persister pendant un temps assez considérable et survivre à la disparition de la menace de suffocation. Ils semblent causés par un spasme de la glotte et réalisent une des formes du vertige laryngé.

Les pieds du malade réalisent la déformation connue sous le nom de *pied tabétique*. Ils ont un volume tel que l'on pourrait croire à de l'acromégalie.

Le pied tabétique consiste dans une déformation considérable du pied. Le pied est augmenté de volume. Les dimensions transversales sont plus grandes qu'à l'état normal. Les diamètres verticaux ont également pris une grande extension. La face dorsale du pied est plus convexe, plus saillante. Inversement, le creux de la voûte plantaire est en partie comblé. Le pied est presque plat. Cet affaissement de la voûte plantaire est la règle, mais il peut cependant manquer.

Les orteils ont tous subi une augmentation considérable; quelques-uns ont doublé de

(1) Résumé d'après la *Semaine médicale.*

était facile, car dès la première consultation, on devenait son ami; on était charmé, rassuré, consolé, et on prenait un visage riant, la meilleure monnaie pour payer cet excellent homme qui s'appelait Bénédict Teissier.

*
* *

Nous avons parlé dans le temps d'un charlatan arabe qui exploitait les yeux en Belgique. Les oculistes devaient être dans la joie, car le seul pinceau passait dans les yeux de proche en proche, imbibé de je ne sais quelle mixture; aussi les ophthalmies granuleuses ont-elle suivi le précepte de l'écriture : « Croissez et multipliez ».

La *Presse médicale belge* a déjà fait mention des nombreux accidents causés par la pratique de cet individu à Bruxelles. Le docteur Van den Berg vient à son tour de publier dans *La Clinique* le rapport qu'il adresse à ce sujet à la commission médicale provinciale du Brabant. Non seulement il y signale une forte augmentation du nombre des granuleux; mais, d'une façon concise, relate l'histoire de 19 de ces malades, particulièrement maltraités par le trop fameux Goolam Kader.

Onze de ces personnes ont contracté, à la clinique de cet individu, des conjonctivites granulaires graves, après s'être fait traiter pour des faiblesses de vue, des presbyties, des taies cornéennes, des myopies, etc.; d'autres ont eu comme lot des conjonctivites purulentes compliquées d'ulcérations entraînant la perte de l'œil; enfin, deux cas de cataracte opérés par l'Arabe se sont terminés par la cécité. Et dire que, chaque jour, il faisait une

volume. Souvent les premières phalanges sont fléchies et les dernières fortement étendues sur le pied, maintenues dans cette position par les tendons externes, qui forment des cordons durs et résistants.

En palpant un pied ainsi déformé, on constate que l'altération n'est pas due à l'œdème ni à un développement anormal de la graisse. En effet, la sensation fournie par la palpation est une sensation de dureté et de résistance qui montre bien que l'hypertrophie est surtout due à une altération des tissus durs (os et tissus fibreux).

Ainsi institué cliniquement, le pied tabétique est une lésion à évolution extrêmement lente et chronique. Souvent, comme chez notre malade, le début en est insidieux, le mal débute par un gonflement indolore, qui va s'accentuant de jour en jour, sans réaction locale. D'autres fois, le début est brusque. Les premiers symptômes sont ceux d'un épanchement dans l'articulation tibio-tarsienne ou dans les autres articulations du pied.

Au point de vue de ses rapports avec le tabès, tantôt le pied tabétique débute à la fin de la première période ou au commencement de la seconde. Plus rarement, il paraît être un symptôme de la période pré-ataxique et devient alors révélateur.

Une fois constituées, les altérations du pied tabétique ne sont pas susceptibles de disparaître. Elles persistent en l'état ou s'aggravent pendant toute la durée de l'évolution de la maladie.

Les autopsies ont montré que les lésions étaient celles que l'on trouve ordinairement dans les arthropathies tabétiques. La déformation du pied est due à des lésions de ses articulations, des os qui concourent à la formation de son squelette et des tissus péri-articulaires. Il existe autour des articulations un œdème dur, plus ou moins étendu. Les ligaments péri-articulaires sont hypertrophiés. La synoviale est détruite par places, épaissie quelquefois. Les cartilages diarthrodiaux sont ulcérés, souvent détruits. Les os sont considérablement déformés, souvent méconnaissables. Ils sont détruits sur certains points, épaissis et hypertrophiés sur d'autres. Des os principaux se détachent souvent des fragments d'os de volume variable. Il existe parfois de nombreux corps étrangers intra ou extra-articulaires. Les os, même augmentés de volume, sont le plus souvent friables et d'une consistance spongieuse. Il y a, en un mot, ostéite raréfiante et proliférative en quelques points. Il faut noter seulement que l'ostéite proliférative aboutit à la formation d'un tissu osseux, spongieux, sans résistance. Histologiquement, les lésions sont celles de l'ostéite raréfiante, avec élargissement des canaux de Hawers et destruction des ostéoplastes.

Le pied tabétique est dû à des arthropathies et à des lésions du squelette du pied. On

---

de ces opérations! C'était, du reste, la seule qu'il pratiquait. Tous les jours, ses victimes se montrent plus nombreuses au fur et à mesure que les complications tardives font leur apparition.

Pour ce qui nous concerne, nous avons maintenant occasion de remarquer que les nouveaux cas d'ophthalmie granulaire ne nous arrivent plus isolés, mais bien par groupes, par familles entières, et, dans ces cas, ceux qui ont été contracter l'affection ne se présentent pas à la consultation. Ces pauvres abusés sont honteux de venir à nous; ils sentent maintenant l'énormité de leur folle irréflexion et jurent, mais un peu tard, qu'on ne les y prendra plus. — Hélas!

* * *

Un mot plus gai, pour finir. Un mot de curé. Parlant d'une femme qui accouche tous les ans : « Cette femme est comme un confessionnal; il y a toujours du monde. » (*Lyon médical.*) Nous avions déjà l'enceinte continue.

Un autre mot d'un client : « Moi, Monsieur, je suis un homme réglé, un homme ponctuel. Ainsi, tous les ans, je prends un bain, que j'en aie besoin ou non. »

Espérons pour lui que son époque coïncide avec celle des chaleurs.

SIMPLISSIME.

doit rapprocher de cette lésion l'état particulier des mains ou plutôt des doigts des mains du malade de M. Richardière. Les doigts sont, en effet, notablement hypertrophiés. Les articulations des premières phalanges avec les deuxièmes sont volumineuses. Elles figurent des nodosités comparables aux nodosités décrites par M. Bouchard, mais beaucoup plus volumineuses. Au niveau de ces articulations, la circonférence d'un doigt, de l'index droit, mesure 9 centimètres. Les mouvements des articulations sont, d'ailleurs, libres et la déformation paraît porter uniquement sur les extrémités osseuses. Au pouce droit, l'altération est à son maximum. Elle a déterminé une subluxation de la deuxième phalange sur la première. Cette deuxième phalange fait, avec la première, un angle obtus ouvert en dehors.

En résumé, ce malade présente un bel exemple d'arthropathies multiples survenues dans le cours d'un tabès dorsal. Ces arthropathies ont ceci de particulier qu'elles ont frappé exclusivement les petites jointures des pieds et des mains. Par cette localisation, elles se rapprochent des arthropathies d'une des formes du rhumatisme osseux, dont elles diffèrent, d'ailleurs, par leurs caractères cliniques, par l'absence de douleurs, par les déformations toutes spéciales qu'elles ont amenées, par l'absence de rétractions musculaires. On a voulu assimiler ces lésions articulaires aux arthrites du rhumatisme osseux, mais l'école de la Salpêtrière a fait justice de cette théorie, et a montré que ces arthropathies devaient être considérées comme des troubles trophiques, incontestablement dus au tabès.

Kystes de l'épididyme, par M. le professeur Duplay (1). — Le malade, sujet de la leçon, est un homme qui, il y a huit ans, a contracté une blennorrhagie qui a été suivie immédiatement du développement d'une petite tumeur dans les bourses. Actuellement, le testicule, vu dans son ensemble, présente une tuméfaction grosse comme un œuf de poule et est divisée en deux parties par un sillon peu appréciable. Toute la partie supérieure de cette tumeur est nettement fluctuante, rénitente et transparente, elle s'insère au bord supérieur du testicule, ou mieux répond à la tête de l'épididyme; la partie inférieure est opaque, dure et la pression y développe une douleur spéciale indiquant qu'il s'agit bien du testicule.

Le malade présente, en outre, les symptômes d'une néphrite interstitielle.

Il est évident que la tumeur est une collection séreuse, une variété d'hydrocèle. On peut d'abord éliminer toutes les hydrocèles en rapport avec le cordon et le canal inguinal, mais on peut hésiter entre l'hydrocèle de la tunique vaginale et l'hydrocèle enkystée entre le testicule et l'épididyme.

On rencontre, en effet, des kystes siégeant à la face inférieure de l'épididyme et qui naissent au voisinage des vasa-efferentia. Rarement multiples, ils sont le plus souvent uniloculaires et peu volumineux; quelquefois, ils contiennent jusqu'à un litre de liquide. Ces tumeurs ont pour effet d'écarter l'épididyme du testicule, de distendre les vasa-efferentia, d'amener une modification de leur structure et, finalement, leur déchirure sous l'effort de la pression.

Le liquide est tantôt clair comme de l'eau de roche, tantôt plus ou moins trouble, opalin, blanchâtre; il renferme des spermatozoïdes vivants ou altérés.

La pathogénie des kystes est encore très discutée.

Gosselin avait admis que, sous une influence quelconque, un traumatisme, par exemple, il se produirait une rupture d'un ou de plusieurs vasa-efferentia, donnant issue à une certaine quantité de sperme; le liquide spermatique s'enkysterait alors en une cavité anormale dont les parois sécréteraient ensuite de la sérosité.

Une seconde théorie, qui pendant longtemps a été exclusivement à la mode, a été émise par Follin et Verneuil. Pour eux, ces kystes se développent aux dépens de débris du corps de Wolf, situés entre le testicule et l'épididyme et analogues à ceux qu'on retrouve dans l'intérieur des ligaments larges.

Ces kystes sous-épididymaires à liquide clair peuvent contenir des spermatozoïdes; on expliquerait leur présence en admettant que ces kystes étirent les vasa efferentia, les

(1) Résumé d'après le *Bulletin médical*.

déchirent, et qu'un ou plusieurs de ces vasa efferentia communiquent en dernier lieu avec le kyste. C'est là une explication admissible.

En troisième lieu, Dolbeau le premier en France, et plus tard Curling et Kocher à l'étranger, ont admis que les kystes de l'épididyme étaient des kystes par rétention, comme le fait s'observe dans d'autres glandes.

Pour ces auteurs, à la suite de l'oblitération d'un ou de plusieurs vasa efferentia, il se produirait une dilatation, une ectasie en arrière du point où les canalicules sont normalement coudés : d'où l'origine du kyste. La présence des spermatozoïdes serait ainsi des plus faciles à expliquer. Si l'on n'en trouve pas, on peut admettre que l'orifice de communication entre le canalicule et le kyste s'est oblitéré.

Cette théorie a été battue en brèche par M. Poirier qui, dans ces dernières années, a signalé chez la moitié des sujets l'existence d'un nouveau vas aberrans terminé en cul-de-cas et situé au niveau du rete testis ; certains kystes de l'épididyme peuvent se développer dans ce vas aberrans; toutefois, comme la fréquence de l'existence de ce vas aberrans n'est pas en rapport avec celle des kystes de l'épididyme, il faut leur attribuer une autre origine.

Pour M. Poirier, ces kystes prendraient le plus souvent naissance dans une petite cavité séreuse préformée. Chez le fœtus l'épididyme est indépendant du testicule et l'auteur pense que, lorsque l'épididyme vient se souder au testicule, une portion de la vaginale peut être emprisonnée et constituer une sorte de cavité, où se ferait l'épanchement. Dans le cas où le kyste renferme des spermatozoïdes, il faut admettre sa communication d'une façon secondaire avec les canaux afférents.

Chez le malade de M. Duplay, il s'agit d'un kyste, car on peut circonscrire le testicule qui n'est pas entouré par le liquide. Cependant, dans certains cas, la poche kystique recouvre la presque totalité de la glande et le diagnostic ne peut être fait que par une ponction.

Enfin, il peut y avoir coïncidence d'un kyste de l'épididyme et d'un kyste de la tunique vaginale, ce qui rend le diagnostic à peu près impossible.

On pourrait penser qu'à la suite de l'orchi-épididymite blennorrhagique, il y a eu oblitération des vasa efferentia avec dilatation en arrière du point rétréci.

Le pronostic des kystes de l'épididyme n'est pas très grave, mais on ne peut compter sur une guérison spontanée. La tumeur peut rester stationnaire ou bien augmenter et atteindre un volume considérable; dans certains cas, on a retiré jusqu'à un litre de liquide. De plus, les kystes peuvent, sous l'influence de contusions et de traumatismes, s'enflammer et suppurer. Enfin ils ont une gravité particulière; par le fait de l'oblitération des cordons afférents, le malade atteint d'un kyste épididymaire peut devenir infécond. Une intervention active s'impose donc.

Tous les moyens usités dans la cure de l'hydrocèle vaginale sont applicables aux kystes épididymaires, mais le traitement de choix consiste dans la ponction suivie d'injection irritante et tout particulièrement de la teinture d'iode. M. Duplay n'a jamais vu se produire de récidive avec ce procédé bien appliqué, surtout lorsqu'on laisse agir la teinture d'iode pendant cinq bonnes minutes. A côté de ce traitement se place l'ouverture large de la tumeur; c'est le traitement de choix pour les chirurgiens de Vienne. Cette méthode n'est pas exempte de danger, car on pourrait détruire une partie des vasa efferentia.

REVUE DES THÈSES

Remarques sur les villosités, par le docteur Ovide Benoit, Paris, Lecrosnier, 1891.

Résumé : 1° Contrairement à l'opinion des auteurs classiques, on n'aperçoit pas, à la surface de l'intestin grêle du chien, la moindre trace d'orifices glandulaires. Cette surface est exclusivement constituée par l'extrémité des villosités qui se présente avec l'aspect d'un pavage mosaïque.

2° Les villosités du chien sont toutes semblables les unes aux autres, elles ont la même

longueur, la même forme, le même volume, aucune d'elles ne dépasse le niveau des autres. Elles se touchent latéralement n'étant séparées que par des espaces intervilleux linéaires au fond desquels s'ouvrent les glandes de la muqueuse.

Les villosités peuvent être courtes et massives, à bords plissés, ou longues et minces à bords rectilignes.

Leur forme est celle d'un pentagone sur les coupes perpendiculaires. Sur certaines coupes on surprend l'abouchement des glandes dans les espaces intervilleux.

Nous avons fait des constatations analogues sur divers animaux : chats, cobayes, lapins, Nous n'avons pu vérifier la structure de l'intestin de l'homme en raison de la difficulté qu'on rencontre pour l'autopsie des condamnés à mort.

3° Les coupes obliques ont servi à perpétuer l'erreur classique sur la morphologie des villosités. Il existe d'ailleurs de fausses villosités liées à un travail de destruction de la muqueuse et qui s'observent comme résultat des altérations cadavériques, et consécutivement à l'étranglement herniaire, la diarrhée et la péritonite. — P. N.

De l'adénie. Sa nature infectieuse, par le docteur A. Guillermet. Paris, Baillière, 1890.

Conclusions : I. — On réunit généralement sous le nom de diathèse lymphogène ou de lymphadénie des lésions disparates des ganglions : les hypertrophies ganglionnaires de la leucocythémie, l'adénie de Trousseau ou maladie de Hodgkin, et parfois même le mycosis fongoïde.

II. — L'adénie de Trousseau comprend elle-même des affections différentes.

Trousseau séparait nettement la leucocythémie des hypertrophies ganglionnaires primitives, mais il confondait encore les formes inflammatoires et les formes néoplasiques de ces dernières (cancer primitif des ganglions, lymphosarcomes).

III. — Le nom d'adénie doit être réservé à une affection primitive des ganglions, bien distincte des tumeurs proprement dites, qui s'étend progressivement à tout le système ganglionnaire et y reste localisée ou du moins extrêmement prédominante. Sa nature infectieuse ressort de son étude clinique et anatomo-pathologique.

IV. — L'adénie se différencie du cancer des ganglions par ses caractères cliniques et surtout par ses caractères anatomo-pathologiques.

V. — Elle est facile à distinguer par l'examen du sang des hypertrophies ganglionnaires de la leucocythémie, ces hypertrophies étant toujours secondaires, comme il résulte de l'étude critique des observations publiées sous le nom de leucocythémie ganglionnaire. — P. N.

REVUE DES JOURNAUX

Influence de l'intoxication mercurielle aiguë sur l'élimination de l'acide phosphorique et du calcium, par le docteur P. Binet (*Suisse romande*, 1891, 3). — L'auteur tire de ses recherches les conclusions suivantes :

Dans nos expériences, l'intoxication mercurielle n'a pas eu pour conséquence une augmentation de l'acide phosphorique et du calcium dans les urines. Au contraire, une diminution a été le plus souvent constatée.

La quantité de l'urine augmente dans les intoxications légères, diminue dans les formes graves avec anurie ultime.

L'albuminurie est la règle; la glycosurie est fréquente.

La proportion centésimale du calcium dans les matières fécales n'a pas subi de modifications notables.

La désassimilation et l'élimination corrélative des sels calcaires ont donc été dans nos expériences peu influencées par l'intoxication mercurielle. — P. N.

Le vertige de Ménière et les canaux semi-circulaires, par W.-B. Dalby (*Annales des maladies de l'oreille, etc.*, mars 1891). — Les expériences de Flourens, qui semblaient attribuer aux canaux semi-circulaires le rôle de maintenir l'équilibre du

corps, ont été controuvées, de façon qu'il paraît improbable que cette partie du labyrinthe soit le siège de la lésion qui détermine le vertige de Ménière. Les caractères particuliers du vomissement, le fait que ce dernier peut survenir subitement, sans nausée, à la suite de l'irritation du tympan, les connexions intimes du pneumogastrique et du nerf auditif à leur origine font plutôt supposer que le vertige et le mal au cœur sont dus à une action réflexe du pneumogastrique, due elle-même à une lésion qui occupe une partie du nerf acoustique.

En résumé, la dénomination de maladie de Ménière sert le plus souvent à masquer l'ignorance de la lésion pathologique qui occasionne une série de symptômes assez analogues, mais qui sont sous l'influence de bien des causes différentes. — P. N.

Hémorrhagie après l'amygdalotomie, par Butler (*Annales des maladies de l'oreille, etc.*, 1891). — Pour calmer l'hémorrhagie qui ne cédait pas aux moyens habituels, l'auteur tira en avant le moignon avec un ténaculum, le transperça d'une épingle et enroula autour un fil d'argent qui fut coupé à ras après enlèvement de l'épingle et laissé deux jours. — P. N.

De quelques nouvelles médications.

Du salol dans le traitement des affections des voies urinaires, par M. Lenaers. (*La Clinique*, 1891.)

Le salol peut être prescrit en poudre ou en cachets; il est accepté sans répugnance. On fait prendre quatre à cinq paquets de 1 gramme de poudre pour les adultes. Le médicament est bien toléré et ne provoque ni dérangement stomacal, ni vomissements. Au bout de quelques heures, on retrouve presque constamment de l'acide salicylique dans l'urine. Quelquefois les urines noircissent, mais il n'y a pas d'intoxication, bien que la quantité de salol absorbée corresponde à 1 gr. 20 et à 2 grammes d'acide phénique.

Pour le traitement de l'uréthrite, le salol, employé seul, donne peu de résultats, mais il abrège la durée moyenne de la blennorrhagie si on l'associe aux injections modificatrices. Il a guéri rapidement deux cas d'arthrite blennorrhagique et fait promptement disparaître les lésions de la cystite.

Il est moins utile dans les affections chroniques de la vessie et de l'urèthre. — P. N.

Le régime dans les maladies du cœur. (*Archives médicales belges*, 1891.)

Un adulte, forcé par sa maladie du cœur de garder un repos relatif, peut se maintenir dans un *statu quo* suffisant avec deux litres de lait par jour. Ces deux litres de lait renferment 96 grammes de sucre, 85 grammes d'albumine et 59 grammes de matières grasses. Or, voici, d'après le docteur Hoffmann, le tableau d'un régime équivalent, afin de permettre une certaine variation :

	Albumine.	Graisse.	Sucre.	Fécule.
250 grammes de viande renferment.	43,5	9,3		
3 œufs renferment	10,8	11,7		
20 grammes de fromage..........	6,6	4,8		
500 — de lait	19,5	13,5	22	
100 — de pommes de terre..	1,3	»	»	23,7
100 — de pain..............	6,5	0,9	»	50,3
Ajoutez du beurre et de la graisse...	»	20,6	»	»
Total.............	87,2	60,2	22	96

Œrtel, au point de vue du régime, a établi les catégories suivantes parmi les personnes atteintes d'affections du cœur :

1° Celles qui présentent de l'obésité avec la pléthore; chez elles, il faut augmenter la quantité d'albumine, diminuer la graisse et permettre l'usage des boissons;

2° Les personnes grasses avec pléthore séreuse, pour lesquelles il faut augmenter les aliments azotés, diminuer les matières grasses et diminuer la quantité des boissons;

3° Les personnes qui présentent de la faiblesse et de l'amaigrissement en même temps; ce sont ordinairement les cardiaques d'un certain âge. Ici encore il faut augmenter l'albumine, ne pas diminuer ou même augmenter les matières grasses et féculentes, mais toujours diminuer les boissons. — P. N.

FORMULAIRE

GLYCÉROLÉ CONTRE LES AFFECTIONS ARTICULAIRES CHRONIQUES. — J. Simon.

Iodure de potassium		4 grammes.
Extrait de ciguë	āā	4 —
Extrait de belladone		
Glycérolé d'amidon		30 —

F. s. a. — Pour frictions plusieurs fois chaque jour, contre les affections articulaires chroniques. — N. G.

COURRIER

ÂGE DU MARIAGE. — La direction des affaires médicales, en Suède, vient de dresser un rapport dans lequel elle recommande au gouvernement de reculer de deux ans (dix-sept au lieu de quinze) l'âge auquel les jeunes filles peuvent se marier.

(*Semaine médicale.*)

SECRET MÉDICAL. — Nous avons annoncé en temps voulu le procès intenté par le ministère public à M. le docteur Grechen, pour violation du secret médical à la suite de la publication d'un ouvrage dans lequel il avait donné les observations détaillées de plusieurs de ses malades. Les débats de cette affaire ont duré longtemps; on a entendu un certain nombre de témoins à décharge, parmi lesquels nous citerons M. le docteur Freund, professeur de gynécologie à la Faculté de médecine de Strasbourg. *Malgré toutes les dépositions en sa faveur*, M. le docteur Grechen a été condamné à 500 francs d'amende et à 8,000 francs de dommages-intérêts envers la partie civile.

(*Semaine médicale.*)

L'électricité, la castration ovarienne et l'hystérectomie, par le docteur RICHELOT, une brochure in-8°. — Prix : 1 fr. 50.

Cet ouvrage se trouve à Paris, chez Lecrosnier et Babé, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

La chorée chez l'enfant

Par le docteur L. Baumel (de Montpellier),
Chargé du cours de clinique des maladies des enfants.

Leçon recueillie par R. Gonzalez, interne du service.

Messieurs,

Je vais vous parler aujourd'hui d'une maladie extrêmement commune dans l'enfance et dont l'étiologie et la pathogénie sont pourtant des plus obscures : la chorée.

Ce sont surtout mes réflexions et mon opinion personnelle sur cette maladie que je tiens à vous exposer.

Si, dans les salles du service, nous n'avons en ce moment aucun cas de chorée, à la consultation vous avez vu, récemment, une choréique dont l'histoire est des plus intéressantes.

L'observation de cette malade concorde d'ailleurs parfaitement avec celle de deux autres enfants que j'ai observés dans ma clientèle, en ville.

L'année dernière, nous avons eu au service un cas de chorée qui, par erreur, ne figure pas dans la statistique. C'est une enfant de 10 ans qui, partie de Montpellier à l'époque des vendanges pour se rendre à la Camargue avec ses parents, fut atteinte de chorée à son retour.

Deux de ses sœurs en avaient rapporté des *fièvres intermittentes*.

Au même moment, j'appris que l'une d'elles entrait à l'hôpital suburbain pour une chorée développée consécutivement à celles-ci.

Laissez-moi vous dire tout d'abord que pas mal de maladies aiguës, et particulièrement les fièvres éruptives, sont, d'après les auteurs, assez souvent suivies de chorée.

J'observe dans ma clientèle deux cas dont je vais vous rapporter l'histoire. Nous la rapprocherons ensuite de celle de la jeune malade qui se présente depuis quelque temps à notre consultation.

Le premier cas est relatif à un garçon de 13 ans, habitant Paris, qui présente depuis près de deux ans des mouvements choréiques.

Il eut, en mars 1889, la *rougeole*.

La chorée, chez lui, semblerait avoir été consécutive à celle-ci.

En juillet de la même année, l'enfant présente des mouvements qui commencent et se localisent à la tête. On consulte un spécialiste. Celui-ci ne

voit (tant les mouvements de la face et du cou étaient peu marqués) qu'une tendance à la polysarcie et il conseille une saison à Brides-les-Bains.

Au mois d'août, exacerbation des mouvements.

Nous sommes toujours, vous le voyez, dans l'année de la rougeole.

En été, le malade fut soumis au bromure.

En octobre, il fut envoyé à Sales.

Il rentre à Paris en novembre, où la famille consulte des sommités médicales.

En décembre 1889 et janvier 1890, on le traite par l'électricité qui amène l'arrêt à peu près complet des mouvements.

En juillet, des grimaces faibles se reproduisent et durent tout l'été de 1890.

Août et septembre : régime, hygiène, hydrothérapie et massage.

C'est alors que je le vis pour la première fois.

Il n'a subi, malgré mes conseils, aucun traitement pendant l'hiver de 1890.

Au 1er mars 1891, les mouvements de la face et des yeux persistent.

Vers la fin novembre 1889, l'enfant prétend avoir rendu des *vers tout petits* en allant à la garde-robe.

La mère a eu la patience, pendant près de six mois, de regarder attentivement les selles du malade pour voir si elle pouvait y découvrir quelque chose de semblable.

En septembre 1890, lors de mon premier examen, l'état de la dentition était le suivant : les deux secondes grosses molaires inférieures (dents dites de 9 ans) étaient complètement sorties; les supérieures, incomplètement.

Le malade était aussi constipé.

Cet enfant était donc en pleine évolution dentaire, et l'on peut se demander si le calme produit après l'électricité n'avait pas coïncidé avec la sortie complète des deux dernières molaires inférieures, si la rechute enfin n'avait pas pour cause la sortie des dents supérieures correspondantes.

En résumé : rougeole, chorée. Mon attention était attirée de ce côté-là. Je me demandai toutefois si l'évolution dentaire et les vers n'étaient pour rien dans la pathogénie de la chorée chez ce malade.

Dans les selles, je trouvai, à l'examen microscopique, des œufs de trichocéphale.

A côté de ces œufs, j'en trouvai d'*autres beaucoup plus nombreux*, 5 ou 6 dans chaque préparation, de dimensions énormes et qui avaient tout l'aspect des œufs de *bothriocéphale*.

Ceux-ci, à plusieurs examens successifs faits à plusieurs mois d'intervalle, présentaient toujours les mêmes caractères : coque mince, légèrement brunâtre, grosses granulations à l'intérieur et quelques granulations jaunâtres autour de la coque rendant le contour un peu irrégulier à l'extérieur.

On ne distinguait pas nettement, dans ces œufs, l'opercule que, sur le conseil de Laboulbène, nous avions cherché à mettre en évidence avec des solutions de potasse caustique.

Les précautions prises par les différents auteurs pour mettre en lumière le trait correspondant à la soudure de l'opercule, à l'un des pôles de l'œuf du bothriocéphale, indiquent suffisamment la difficulté qu'il doit y avoir dans certains cas à l'apercevoir.

Il nous suffit de plonger une aiguille dans les matières fécales de cet enfant et de déposer les parcelles ainsi entraînées sur une lamelle pour trouver toujours de ces œufs dans le champ du microscope.

Vous savez, Messieurs, que le bothriocéphale est transmis à l'homme par l'intermédiaire de certains poissons (truite, saumon, etc.) et qu'il est très commun dans certains pays (la Suisse, la Norvège, etc., etc.).

Ce qu'il y a de certain, c'est que ce ver qui, à l'inverse des tænias, pond ses œufs dans l'intestin de l'homme, s'élimine sous forme de fragments entièrement flétris, souvent à moitié digérés et presque toujours méconnaissables dans les évacuations alvines.

Nous trouvons donc dans ce cas de chorée, à côté de l'évolution dentaire, l'existence de parasites intestinaux.

J'ai conseillé d'abord la santonine (10 centigrammes par jour) pendant trois jours, suivis, le troisième, d'un purgatif, puis le tannate de pelletiérine Tanret.

La famille, un peu effrayée des effets attribués au tannate, ne l'a pas encore administré.

Mais je suis convaincu que, le jour où on en viendra là et où les parasites seront chassés de l'intestin, ces accidents choréiques disparaîtront, aujourd'hui surtout qu'ils sont très atténués par la cessation de l'évolution dentaire.

Avant d'arriver à la malade que vous avez vue à notre consultation, je tiens à vous parler d'un autre cas que j'ai observé il y a peu de temps dans ma clientèle.

C'est une jeune fille de 11 ans 1/2 qui fut atteinte d'une première atteinte de la chorée au mois d'août 1890.

Elle avait eu déjà *auparavant* cette *maladie*.

L'état de la dentition, à ma première visite (1er février 1891), était le suivant : 12 dents à la mâchoire supérieure, *moins la canine gauche*.

Celle-ci sortait, le 26 mars 1891, à la place de celle qui l'avait précédée, et qui, ébranlée, avait été arrachée il y a un mois environ.

En bas, au lieu de 12 dents, 14, *dont les 2 dernières sortent incomplètement*, c'est-à-dire que, de chaque côté de la ligne médiane, à la mâchoire inférieure, il y a : 2 incisives, 1 canine, 2 petites molaires et *2 grosses molaires*; par conséquent *la dent de 4 ans* et *celle de 9 ans*, tandis qu'en haut la dent dite de 9 ans est encore enfermée dans le maxillaire.

Cette jeune fille a présenté une autre atteinte de chorée, comme je vous le disais il y a un instant, à l'âge de 6 ou 7 ans.

Je vous ferai remarquer que la sortie des dents chez cette enfant a été très tardive, puisque la première incisive n'apparut qu'à l'âge de 2 ans; par conséquent, la dent dite de 4 ans pouvait encore évoluer à 6 ou 7, comme cela s'observe d'ailleurs même chez les enfants à première dentition précoce.

Elle avait eu la rougeole à l'âge de 5 ans et elle avait été, à la même époque, effrayée par deux chiens qui s'étaient rués sur elle.

Si la première atteinte de chorée chez cette malade pouvait, à la rigueur, être attribuée à la rougeole ou à la frayeur, la deuxième ne me paraît pas justiciable d'une pareille origine ou d'une semblable interprétation.

Cette fois la chorée a affecté la forme molle.

Des mouvements existaient d'abord dans tout le côté gauche et dans le bras droit.

Au mois de décembre 1890, elle se plaignit d'une douleur intense à la main gauche et puis tout à coup il s'opéra un transfert subit de la chorée molle à droite.

Alors se produisirent des mouvements dans le bras et la jambe de ce côté, tandis que, jusque-là, le bras seul en avait été le siège.

M[lle] X... a un pied-bot congénital droit.

Elle avait, il y a quatre mois, présenté de l'urticaire, comme elle en avait eu, d'ailleurs, à l'âge de 4 ans.

Depuis le mois de février, je la soigne. Elle a été soumise au bromure, au quinquina et au fer.

Le 26 mars, elle est entièrement et définitivement guérie.

J'arrive, Messieurs, au cas que vous avez eu tout récemment sous les yeux, et dont voici, en quelques mots, l'observation :

Le 16 mars 1891, on nous a amené, à la consultation, une jeune fille de 10 ans qui nous a frappé, dès qu'elle s'est présentée à nous, par l'excentricité de ses gestes et de ses grimaces.

La mère, interrogée, nous apprend qu'il y a un mois (le 10 janvier), ayant fait arracher à sa fille une dent (*la deuxième petite molaire supérieure gauche*), cette enfant a présenté dès le lendemain de ce jour des phénomènes choréiques.

Cette dent était cariée et faisait souffrir l'enfant depuis quelque temps.

Elle a été pourtant bien arrachée et sans la moindre difficulté.

Jusqu'alors cette jeune fille n'avait présenté aucun phénomène nerveux.

Le lendemain de l'extirpation de la dent, la mère remarque que son enfant avait l'air un peu hébété et qu'elle se remuait à tout instant et sans motif.

Peu à peu les mouvements s'accrurent, et, au bout de quelques jours, la jeune fille présentait des mouvements aussi marqués que ceux que nous observons aujourd'hui.

Elle rejette sa tête à *gauche* (côté de la dent arrachée) assez souvent et brusquement.

Son *bras gauche* est également projeté en arrière.

Lorsqu'elle marche, elle se tord et tourne toujours la tête comme pour regarder ce qui se passe derrière elle.

Depuis le commencement de la maladie, elle ne dort pas et pousse des cris perçants toute la nuit.

En outre, elle se plaint de douleurs dans les doigts, ainsi que dans le poignet et la cheville gauches.

Les mouvements sont généraux. La tête, le tronc et les membres remuent constamment.

La malade présente à noter une tourniole à l'index droit.

Il y a quinze jours, on lui a mis un vésicatoire sur l'épaule gauche.

Elle parle *très difficilement*, et, par moments, elle ne peut pas parler du tout.

Je lui prescrivis du fer réduit par l'hydrogène et du sirop de quinquina pour combattre l'anémie très prononcée dont elle était atteinte; enfin, le sirop suivant :

Bromure de potassium........................ 5 grammes,
Sirop d'écorces d'oranges amères................ 100 —

à prendre une cuillerée à bouche matin et soir.

Le 20 mars, la malade revient. Légère amélioration.

Le 23 mars, amélioration sensible. La malade dort. Elle remue moins et la parole est moins difficile. Elle ne projette que très rarement le bras gauche en arrière.

Le 27 mars, la mère nous apprend que sa fille a eu la *rougeole* il y a un an, en mars 1890.

L'état de la dentition est le suivant : la canine inférieure gauche est tombée le 23 mars, et, le 27, la canine inférieure droite de remplacement sort, repoussant, en arrière, la canine ancienne.

Ce même jour, la canine inférieure gauche de remplacement sort aussi.

La première petite molaire inférieure gauche est cariée et la deuxième petite molaire supérieure du même côté *sort à peine* de quelques millimètres.

Les douleurs articulaires ont disparu. La langue est toujours un peu embarrassée. Ses mouvements sont pourtant plus faciles.

Je vous ferai remarquer, Messieurs, que les douleurs articulaires présentées par cette malade pendant sa chorée, je ne les rattache nullement au rhumatisme, et je les considère bien plutôt comme des arthropathies survenant au cours de la chorée et reconnaissant une origine exclusivement nerveuse, comme celles que l'on voit survenir chez les ataxiques et dans beaucoup d'autres maladies du système nerveux.

Invoquera-t-on, comme étiologie pour ce dernier cas, la *peur* du dentiste ou de l'opération? L'existence de la *rougeole* en mai 1890?

Nous ferons remarquer que, si la frayeur a existé ici comme pour la première atteinte de notre seconde malade; si la rougeole est ici, comme dans notre première observation, comme dans la première atteinte de notre seconde malade, antérieure à la chorée; si notre premier malade a présenté, en outre, de nombreux parasites intestinaux, une seule condition est commune à ces trois malades et à leurs atteintes choréiques, uniques ou multiples, c'est l'évolution dentaire, cause occasionnelle, déterminante si l'on veut, toutes les autres causes (rougeole, parasites, frayeur, impaludisme, etc.) ne jouant que le rôle de causes prédisposantes.

Le seul point commun que nous trouvions en effet dans ces trois observations, c'est l'évolution dentaire et l'évolution des grosses molaires.

Les grosses molaires ont donc quelque chose de particulier dans leur évolution, que l'on ne retrouve pas dans celle des autres dents.

Je crois que la chorée est avant tout, comme le veut Joffroy, une maladie de développement, dans laquelle il faut, à mon avis, tenir un *très grand compte de l'évolution dentaire*.

Des réserves doivent évidemment être faites pour les chorées symptomatique, post-hémiplégique, etc.

Celles-ci pourront servir, toutefois, à nous éclairer, en raison des lésions anatomiques dont elles s'accompagnent, sur la physiologie pathologique de la chorée primitive, elle-même secondaire en réalité.

J'admets, je vous l'ai dit, des causes prédisposantes de cette maladie; mais il lui faut aussi une cause déterminante.

Cette détermination a lieu sous l'influence de l'anémie, par exemple, cause prédisposante, par l'évolution dentaire, cause occasionnelle.

Dans l'évolution dentaire, c'est surtout le développement des molaires postérieures qui y donne lieu.

On a signalé des lésions nerveuses dans la chorée.

. . . . .

Je ne vous parlerai pas de l'embolie cérébrale. Je ne crois pas, en effet, qu'elle joue un grand rôle dans sa pathogénie. La chorée ainsi déterminée pourrait disparaître, mais l'embolie persisterait avec toutes ses conséquences, ce qui n'a pas lieu.

On a signalé aussi et surtout la lésion des parties de la moelle avoisinant les cornes postérieures de la substance grise. Cette lésion, qui ne serait point constante, n'est nullement contradictoire de notre manière de voir et de notre opinion pathogénique.

Il peut se faire alors qu'il existe des troubles nerveux fonctionnels, principalement réflexes. Dans ce cas, on pourrait faire entrer en ligne de compte l'irritation du trijumeau retentissant sur les muscles moteurs.

Nous observons quelque chose d'analogue dans la production de l'eczéma, avec toutefois une différence dans le point d'aboutissement de l'excitation nerveuse qui porte ici sur la peau plutôt que sur les muscles.

Dans le traitement, il faut surveiller l'évolution dentaire, l'état des gencives; combattre l'anémie primitive ou de convalescence par les toniques et les reconstituants (fer, quinquina); employer des calmants, des sédatifs du système nerveux (bromure, etc.); s'il existe des parasites intestinaux, s'en débarrasser (santonine, tænifuges).

REVUE DES CLINIQUES

I. *Athérome artériel. Endartérite.* — II. *Des épanchements pleuraux*, par M. le professeur Peter (1). — Messieurs, il y a à ce moment dans le service une femme qui, depuis quatorze mois, se plaint de douleurs dans l'estomac. C'est là une locution populaire; mais lorsqu'on fait préciser les malades, ils vous montrent la région thoracique comme le siège du mal. En somme, c'est à la région pré-aortique et à la région précordiale qu'elle ressent la douleur. Il faut bien se garder de prendre ces douleurs pour des névralgies intercostales.

En pressant avec le doigt sur les parois de la poitrine en un point déterminé (trajet de l'aorte), on détermine la douleur. Cette douleur se rencontre sur tout le trajet de l'aorte, et surtout au niveau du plexus cardiaque. D'autre part, en pressant sur la région précordiale, on détermine également de la douleur. (Myocardite et névrite cardiaque.)

Et en effet, cette femme a de l'aortite et de la péri-aortite déterminant de la périnévrite. La lésion de l'aorte est démontrée par l'ectasie artérielle, par des bruits durs le long de l'aorte, et, au tracé sphygmographique, par un plateau athéromateux avec un léger crochet. Chez la femme, la matité pré-aortique est normalement de 2 centimètres et demi à 3 centimètres. On a pu rencontrer jusqu'à 3 centimètres et demi chez des femmes très grandes. Chez la malade, qui est de taille moyenne, nous trouvons une matité de 4 centimètres et demi. A l'auscultation, on entend des bruits durs et un souffle très léger et très limité d'insuffisance aortique : en outre, on constate des faux pas du cœur.

La myocardite se révèle par les douleurs que déterminent les contractions du cœur. Comme je vous le disais précédemment, il ne faut pas confondre les douleurs avec des

(1) Résumé d'après la *France médicale*.

névralgies intercostales. La douleur est profonde. En outre, s'il y a un point douloureux antérieur, le point latéral de la névralgie intercostale fait défaut.

La malade présente en outre les symptômes de l'angine de poitrine. Douleur préaortique irradiant dans le cou et l'épaule et jusque dans le coude et le bras. Ces douleurs déterminent de l'oppression empêchant le travail manuel. C'est là une angine de poitrine névritique relevant des lésions de l'aorte, et dont, par suite, le pronostic est fatal.

On peut ici, pour l'étiologie, invoquer l'alcoolisme.

Dans un second cas, l'étiologie est évidente : il s'agit d'accidents syphilitiques. De fait, il y a eu des symptômes cérébraux; il y a encore de la blépharoptose. La matité pré-aortique offre une étendue de 4 centimètres. Symptômes douloureux de périnévrite. L'artère gauche est beaucoup moins soulevée que celle du côté droit; il y a donc du côté de l'artère brachiale gauche ou du tronc brachio-céphalique gauche une compression certaine. Il s'agit sans doute d'une endartérite syphilitique.

Dans ces deux cas, le traitement a été le même : iodure de potassium, pointes de feu sur la région pré-aortique, injections de morphine.

Chez un troisième malade, l'endartérite était de nature rhumatismale.

Je vous présente les pièces anatomiques : vous voyez des plaques considérables d'athérome au niveau de la courbure de l'aorte, d'autres siégeant au niveau des valvules sigmoïdes; l'aorte descendante est intacte. Ce dernier point est exceptionnel.

De fait, j'ai posé sur ce sujet certaines lois que je vous rappelle ici.

Les lésions maxima de l'endartérite sont :

1° Au niveau de l'aorte ascendante (loi des diamètres). C'est là, en effet, qu'est le maximum de frottements.

2° Au niveau des courbures (loi des éperons), là où l'ondée sanguine s'infléchit. Il y a, en effet, en ces points, un frottement accru.

3° Au niveau des orifices, même raison.

Il y a, dans la circulation, deux éléments à considérer :

1° La force vitale (contractilité musculaire au niveau du cœur et des vaisseaux par l'intermédiaire des muscles cardiaques et vasculaires).

2° La force physique (élasticité artérielle).

Quand l'élasticité fait défaut, la contractilité doit venir au secours de la circulation. Mais il y a hyperémie du muscle et, par suite, hypertrophie, et la conséquence de la perte de l'élasticité artérielle, c'est l'hypertrophie du cœur. C'est à cette hypertrophie qu'on a donné le nom de compensatrice. Mais ce terme est le reflet d'une idée erronée. Ce n'est pas l'hypertrophie qui est compensatrice, c'est la contractilité. Or, cette contractilité dépend de la vigueur du muscle et du bon état des nerfs. A force de travailler, le muscle et le nerf se fatiguent, et alors le malade souffre d'autant plus du mauvais état de son cœur que l'hypertrophie est plus considérable. Vous voyez que, dans le cas actuel, il y avait une hypertrophie considérable du ventricule; cela n'a pas empêché le malade de succomber à l'asystolie.

Parmi les symptômes asystoliques observés, il y a chez ce sujet des scléroses multipliées : sclérose du muscle cardiaque, qui est jaunâtre; sclérose du foie avec périhépatite, de la rate avec périsplénite. Toutes ces scléroses résultent de la congestion mécanique des organes. De même, les organes sont congestionnés. Aussi, sous l'influence du moindre refroidissement, il peut éclater une phlegmasie très grave qui amène rapidement des désordres mortels.

Comme conséquences thérapeutiques de ces lésions, il faut venir au secours des organes hyperémiés, de la contractilité qui s'épuise, de l'innervation qui se fatigue.

Quand il y a des désordres circulatoires, on administre la digitale. La préparation que je préfère est la macération, car l'infusion fait perdre à la digitale une partie de ses propriétés. Je donne 25, 30 centigrammes au plus, de poudre de feuilles dans un verre d'eau. Laissez macérer dix heures, et faites prendre en trois fois dans le courant de la journée. On administre cette préparation pendant quatre à cinq jours, car ensuite l'intolérance de l'estomac survient. On donne alors des succédanés; par exemple, la convallaria maïalis à la dose de 10 centigrammes par jour pendant deux à trois jours, puis on reprend la digitale.

Dans les cas où la faiblesse du cœur domine, on aura recours à la caféine (25 à 50 centigrammes).

Mais le muscle est malade : il est enflammé chroniquement, en voie de sclérose. Contre cette inflammation on appliquera des pointes de feu au niveau du plexus cardiaque, de manière à venir en même temps au secours des nerfs. A la région pré-aortique, alternativement pointes de feu et vésicatoires. Les pointes de feu peuvent être répétées une à deux fois par semaine. Cette médication ne peut être continuelle. Alors on pourra appliquer un à deux cautères pour faire une révulsion permanente. L'amélioration sera très notable.

II. Messieurs, je causais récemment avec deux médecins qui exercent en Bourgogne. Ils s'étonnaient de lire dans les journaux de Paris tant d'observations de thoracentèse; jamais, disaient-ils, ils n'avaient l'occasion de pratiquer cette opération : les pleurésies étaient rares dans ce pays, et ne donnaient pas lieu à des épanchements considérables.

Il semble bizarre qu'une maladie classique comme la pleurésie n'ait pas la même marche à Paris et en Bourgogne. Rien n'est cependant plus vrai.

Cela vient de ce que notre population parisienne est une population débilitée et exténuée, respirant un air impur, buvant un vin frelaté, se livrant à toutes sortes d'excès, de travail comme de plaisirs. C'est une population de délabrés.

Or, j'ai dit : La pleurésie est une mauvaise maladie. Je m'explique à nouveau. La pneumonie, chez un sujet jeune, se termine en huit jours par la guérison.

Il n'en est pas de même de la pleurésie. Survenant chez un sujet assez vigoureux, une saignée en sera maître. Mais chez un sujet débilité, l'épanchement se produit et s'accroît, et alors on entre dans l'inconnu comme pronostic.

La pire de ces pleurésies, c'est la pleurésie diaphragmatique. Au début, chez un malade que vous venez de voir, il n'y avait pas d'épanchement, ou du moins il n'était pas accessible à l'exploration. Il y avait une dilatation de l'estomac par transmission à travers le diaphragme; il y avait parésie stomacale et dilatation de l'estomac. Puis, peu à peu, l'épanchement est apparu et a augmenté. Eh bien, en pareil cas, le pronostic est tout à fait indéterminé. Il y a à considérer la quantité et la nature de l'épanchement. Le premier point est facile, mais il n'en est pas de même du second. L'épanchement est-il séreux, séro-fibrineux, purulent? Quelle sera, en outre, la durée de cette pleurésie?

Y a-t-il un vaste épanchement, on ponctionne. Mais souvent l'épanchement se reproduit une ou plusieurs fois. D'autre part, malgré les précautions antiseptiques, la sérosité se transforme souvent en pus, et il faut arriver à l'empyème. Tout cela vient de la nature du pleurétique, et non de la nature de la pleurésie.

On comprend donc que ce qui est vrai à Paris ne le soit plus à la campagne. Chez les vigoureux Bourguignons, une émission sanguine arrête le développement de la pleurésie. Chez notre sujet, anémique, débilité, les ventouses scarifiées, la révulsion, les vésicatoires n'ont pas empêché l'épanchement de se produire.

Il a fallu arriver à la ponction, et nous venons d'extraire trois quarts de litre d'un liquide séro-fibrineux. Il est possible qu'il se reproduise du liquide et qu'on soit obligé de ponctionner de nouveau.

BIBLIOTHÈQUE

Hygiène des gens nerveux, par le docteur F. Levillain. — Paris, Alcan, 1891.

Dans une première partie, l'auteur décrit rapidement l'anatomie générale du cerveau, de la moelle et des nerfs en indiquant parallèlement le mécanisme de leur physiologie, et il étudie les conditions organiques des sensations, des émotions, du travail intellectuel et du mouvement volontaire, en expliquant les phénomènes de l'excitation et de l'épuisement nerveux qui sont à la tête de tout désordre névrosique.

Dans la seconde partie, il jette un coup d'œil d'ensemble sur les accidents nerveux

généraux décrits sous les noms vagues de nervosisme, névropathie, etc. La neurasthénie et l'hystérie sont l'objet de chapitres spéciaux.

M. Levillain étudie les principales causes des affections nerveuses dans la troisième partie; enfin, dans la dernière, il envisage d'abord l'hygiène spéciale des grandes fonctions nerveuses : les sens, l'intelligence et le mouvement; puis fait l'application des préceptes généraux de l'hygiène ordinaire (milieu cosmique, vêtements, etc.) à l'hygiène spéciale des névropathes. — P. N.

LEÇONS DE THÉRAPEUTIQUE, par Georges HAYEM. — Troisième série : *Les médications.* Paris. G. Masson, 1891.

Ce troisième volume contient les leçons professées à la Faculté en 1889. Sont étudiées successivement : la médication de la douleur, la médication hypnotique, les médications stupéfiante et antispasmodique, les médications excitatrices de la sensibilité et du mouvement, et enfin les médications relevant des troubles fonctionnels du cœur et des vaisseaux. Cette simple énumération montre l'importance des sujets traités où se trouvent : les médicaments anesthésiques, les bromures alcalins, la strychnine, la digitale, la caféine, etc. Tout le monde connaît, du reste, la grande valeur des leçons du professeur Hayem, et il est superflu d'en faire davantage l'éloge. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er juillet 1891. — Présidence de M. TERRIER.

SOMMAIRE : Orchidopexie. — Kystes dermoïdes du plancher de la bouche. — Origine infectieuse de certaines cystites.

Orchidopexie. — M. GÉRARD-MARCHAND rapporte un cas d'orchidopexie, dont les résultats n'ont pas été aussi bons que ceux obtenus par M. Monod. Il s'agit d'un jeune homme de 16 ans qui, en septembre 1887, ayant de vives douleurs au niveau de l'anneau inguinal, alla voir un chirurgien ; ce dernier diagnostiqua une hydrocèle et un arrêt du testicule à l'anneau. On fit la cure radicale de l'hydrocèle et l'on fixa le testicule avec un fil de soie au fond des bourses.

Jusqu'en juillet 1889, tout alla bien; mais, à ce moment, hydrocèle et douleurs reparurent. Le testicule était remonté et avait entraîné les bourses avec lui. Un deuxième chirurgien sépara le cordon de ses adhérences dans le canal vagino-péritonéal et fit la résection de ce canal. Le testicule retomba et la guérison sembla définitive.

Il n'en était rien cependant, car le malade se mit à souffrir de nouveau, et il fut facile de percevoir l'existence de nodosités à la surface du testicule. Les douleurs étant devenues très vives, M. Monod dut se résoudre à faire la castration. Le canal déférent et le cordon étaient normaux, mais le testicule ne renfermait ni spermatozoïde, ni spermatoblaste. Il contenait deux nodules fibreux qui formaient les points indurés. Il fut facile de trouver le fil de soie qui avait déterminé autour de lui une inflammation sans microbes.

De cette observation, M. Marchand conclut que l'on doit libérer le cordon dans le conduit vagino-péritonéal avant de faire l'orchidopexie et, de plus, qu'il faut employer pour la fixation du testicule des fils résorbables.

C'est M. RICHELOT qui avait opéré pour la seconde fois le malade dont vient de parler M. Gérard-Marchand. Le testicule était remonté en entraînant le scrotum avec lui. Quand on veut faire l'orchidopexie, ce qui est essentiel ce n'est pas la fixation du testicule, c'est la cure de la hernie et de l'hydrocèle quand elles existent, c'est la libération du cordon dans le canal vagino-péritonéal.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait remarquer que Lister avait déjà indiqué que les fils de soie déterminaient autour d'eux un travail inflammatoire et qu'ils ne se détruisaient

pas; le catgut est donc préférable à la soie, surtout si l'on opère sur un organe très sensible.

Dans l'orchidopexie, il importe avant tout de dégager complètement le cordon ; la fixation du testicule ne peut être utile que si ce dégagement est complet; même dans ces conditions, du reste, elle ne réussit pas toujours. Il faut distinguer différentes variétés d'orchidopexie. Quand le testicule descend facilement par le massage, la fixation peut suffire à elle seule pour maintenir le testicule abaissé; autrement, il faut recourir à des manœuvres complexes, tout en prévenant le malade que l'on peut échouer et être forcé d'en venir, un jour ou l'autre, à la castration.

M. Berger insiste sur un point spécial. Le plus généralement, le testicule est fixé par la vaginale sur l'albuginée. Il vaut mieux aller chercher le gubermaculum testis à son point d'insertion et le fixer lui-même. La soie donne de bons résultats à cause de sa résistance.

M. Pozzi pense qu'il est possible que la soie employée pour fixer le testicule du malade de M. Marchand ait été infectée, et M. Monod propose de fixer le cordon à la peau en même temps que le testicule au scrotum.

Diagnostic et traitement des kystes dermoïdes du plancher de la bouche. — M. Monod relate l'observation d'une jeune fille qui présentait une tumeur faisant saillie dans la région sous-hyoïdienne du côté gauche. Cette tumeur, plus rapprochée de l'angle de la mâchoire que de l'os hyoïde, n'adhérait pas au squelette, car on pouvait facilement la refouler sous la langue, vers le plancher buccal. Il n'y avait pas de troubles fonctionnels et l'orifice du canal de Wharton était libre. La consistance était molle au niveau de la partie externe, plus dure à la partie interne.

M. Monod fit d'abord une ponction au thermo-cautère, puis incisa. Il évacua une masse blanc jaunâtre sans poils. La poche une fois vidée avec grand soin, l'intérieur fut cautérisé au chlorure de zinc et on y laissa une boulette d'ouate chargée du même caustique. Il y eut une réaction assez violente, mais ensuite les choses se passèrent assez bien. La guérison survint, après traitement secondaire d'une petite fistulette, par la cautérisation.

Il s'agissait bien là d'un kyste dermoïde, bien qu'il n'y eût pas de poils, car ces derniers manquent souvent dans les kystes dermoïdes de la bouche. Ces kystes ont des parois minces qu'une seule cautérisation peut détruire; on y trouve un feuillet dermique plus ou moins épais, sans glandes sébacées, avec un épithélium pavimenteux ou cubique à la face interne, d'après la description de M. Ozenne.

Dans le cas opéré par M. Monod, la tumeur siégeait latéralement; ce siège a, du reste, été relevé un certain nombre de fois par M. Marchand. Il n'y avait pas insertion au squelette et le kyste s'était développé après la naissance.

La voie sous-hyoïdienne n'est pas indiquée pour ces tumeurs latérales et il vaut mieux agir par la voie buccale. On évite ainsi une cicatrice et, de plus, on ne risque pas de blesser le canal de Wharton. Ces kystes peuvent guérir même si l'on se borne à enlever une partie de la paroi et à cautériser ensuite.

Dans le cas où la tumeur occupe la ligne médiane, la voie cutanée est à choisir si elle proémine à l'extérieur; si c'est dans l'intérieur qu'elle fait saillie, on peut opérer des deux côtés.

M. Gérard-Marchand emploie toujours l'incision cutanée lors de kystes médians faisant saillie en dehors. L'incision peut être très petite et donner issue au contenant et au contenu. M. Gérard-Marchand a opéré de cette manière une jeune fille de 16 ans, de telle façon que la cicatrice située sous le menton est parfaitement invisible. Dans le cas où l'on redoute l'exubérance de la cicatrice chez les malades strumeux, la voie buccale peut être choisie ou encore on peut faire porter pendant quelque temps une mentonnière élastique.

M. Monod insiste sur les inconvénients de la cicatrice lors de tumeur latérale.

Origine infectieuse de certaines cystites dites a frigore, *rhumatismales, etc.* — M. Bazy

rapporte l'observation d'un jeune collégien qui lui fut amené parce qu'il présentait des hématuries. Ces hématuries avaient débuté depuis trois mois lorsqu'il vit le malade; elles étaient fréquentes, accompagnées de douleur, et semblaient fréquemment se montrer après la marche. L'exploration montra qu'il n'y avait ni calcul ni blennorrhagie. L'urine renfermait des caillots sanguins et des bactéries diverses parmi lesquelles dominait le staphylocoque doré. Les accidents disparurent rapidement après l'emploi des lavages boriqués et de la térébenthine à l'intérieur. Quelques jours avant le début de la cystite, le jeune homme avait été atteint d'amygdalite intense. Il s'agit donc là d'un cas d'infection d'origine interne analogue à ceux que l'on a signalés dans la grippe, l'érysipèle, etc. L'uréthrite semble aussi toujours être infectieuse, même celle des masturbateurs; il y a alors inoculation par la main malpropre.

— M. Gérard-Marchand montre un *calcul du bassinet* enlevé par la taille lombaire.

FORMULAIRE

Pommade antiophthalmique. — Meurer.

Aristol		1 gramme.
Vaseline	ââ	5 grammes.
Lanoline		

Mêlez. — L'auteur conseille cette pommade, qui a sur celle à l'iodoforme l'avantage d'être inodore, dans certains cas de conjonctivite, dans la kératite papuleuse avec tendance à l'ulcération et à la chronicité, dans la blépharite avec bord ciliaire rouge, tuméfié et ulcéré. — N. G.

COURRIER

Concours du Bureau central (médecine). — Le concours pour deux places de médecins du Bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. Le Gendre et Œttinger. Nous sommes heureux de féliciter notre secrétaire de la rédaction du succès de son brillant concours.

— MM. les chirurgiens des hôpitaux n'ayant pas accepté la place de chirurgien de l'hôpital de Berck-sur-Mer, vacante par suite du décès de M. le docteur Cazin, il sera pourvu à cette place par un concours spécial qui s'ouvrira dans la deuxième quinzaine du mois d'octobre prochain.

Les conditions d'admission et le programme de ce concours sont fixés ainsi qu'il suit :

Conditions d'admission. — Les candidats doivent, en outre de la qualité de Français, justifier de cinq années de doctorat, à l'exception, toutefois, des anciens internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices de Paris, ayant accompli quatre années entières d'exercice, qui peuvent concourir après une année de doctorat.

Composition du jury. — Le jury comprend 5 chirurgiens et 2 médecins, en tout 7 membres, qui sont pris parmi les chirurgiens et les médecins des hôpitaux, en exercice ou honoraires; l'un des 2 médecins à désigner est tiré au sort parmi les médecins des hôpitaux d'enfants.

Nomenclature des épreuves. — Les épreuves du concours sont réglées ainsi qu'il suit :

Epreuves d'admissibilité. — 1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie, pour la rédaction de laquelle il est accordé deux heures; 2° une épreuve clinique sur un malade atteint d'une affection chirurgicale. Il est accordé à chaque candidat dix minutes pour l'examen du malade et quinze minutes pour développer oralement, devant le jury, son opinion sur ce malade, après quinze minutes de réflexion.

Epreuves définitives. — 1° Une épreuve clinique sur deux enfants atteints d'affection

chirurgicale; il est accordé à chaque candidat, pour l'examen de ces malades, vingt minutes dont il pourra disposer à son gré et trente minutes pour la dissertation orale devant le jury, après dix minutes de réflexion; 2° une épreuve de médecine opératoire consistant en deux opérations sur le cadavre.

Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves, sera fixé comme il est dit ci-après :

Epreuves d'admissibilité : pour la composition écrite, 30 points; pour l'épreuve clinique sur un malade, 20 points.

Epreuves définitives pour l'épreuve clinique sur deux malades, 30 points; pour les deux opérations sur le cadavre, 30 points.

La grève des élèves en pharmacie. — Le mouvement syndical semble gagner aussi les élèves en pharmacie, qui, paraît-il, ont des revendications à formuler! Ils se plaignent d'être soumis à un travail journalier trop pénible. « Nous ne donnons pas seulement un travail manuel, disent-ils, mais aussi un travail intellectuel, et cela depuis sept heures du matin jusqu'à dix heures du soir. » Telle est, en effet, la moyenne des journées. Ces jours ci, au café d'Harcourt, boulevard Saint-Michel, quelques élèves ont tenu une réunion préparatoire. Se trouvant en trop petit nombre pour entamer la discussion de leurs intérêts, les élèves en pharmacie se sont bornés à voter un ordre du jour invitant leurs collègues à assister à une nouvelle réunion. (*Progrès médical.*)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Guichat (de Lodève), Plaize (de Saint-Dizier), et de M. de Clolus, médecin à Plaine-Fougère.

Bulletin bibliographique

De l'exercice chez les adultes, par le docteur Fernand Lagrange, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine, médecin consultant à Vichy. 1 vol. in-18. — Prix : broché, 3 fr. 50; cartonné à l'anglaise, 4 francs.

Cet ouvrage se trouve à Paris, chez Félix Alcan, éditeurs, 108, boulevard Saint-Germain.

Leçons de thérapeutique, par Georges Hayem, professeur de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Paris. 3e série : Les médications. 1 vol. in-8°. — Prix : 8 francs.

L'hérédité syphilitique. Leçons du docteur A. Fournier, recueillies par le docteur Portalier.

Ces ouvrages se trouvent à Paris, chez G. Masson, libraire-éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

Aphonies et enrouements, par le docteur Raugé.

Cet ouvrage se trouve à Chambéry, à l'Imprimerie savoisienne, rue du Château.

Histoire des doctrines de psychologie physiologique contemporaines : **Les fonctions du cerveau** (Doctrines de l'Ecole de Strasbourg. — Doctrines de l'Ecole italienne), par Jules Soury, 1 vol. in-8° de 464 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 8 francs.

Cet ouvrage se trouve à Paris, au *Progrès médical*, 14, rue des Carmes.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Traitement du torticolis spasmodique par la résection du nerf spinal,

Par le docteur L.-H. PETIT.

Cette opération, pratiquée pour la première fois, en 1834, par Bujalski (de Saint-Pétersbourg), puis par Campbell de Morgan, en 1862, est peu connue en France, où elle n'a été faite que par MM. Tillaux, Terrillon et Schwartz. Elle paraît avoir eu plus de faveur en Angleterre, et en réunissant tous les cas publiés, nous arrivons au total de 26; en les analysant avec soin, nous pouvons résumer les indications, les procédés opératoires et les résultats de cette opération (1).

Disons, dès maintenant, que ces résultats sont assez encourageants pour légitimer l'opération, puisque, sur 26 cas, 13 malades furent guéris et 7 assez améliorés pour pouvoir reprendre leurs occupations habituelles.

Indications de la résection du nerf spinal dans le torticolis spasmodique. — Les indications nous paraissent tenir dans cette formule de Southam, chirurgien anglais, qui a la plus grande expérience de cette résection, puisqu'il l'a pratiquée 7 fois : « Les cas auxquels l'opération conviendrait le mieux sont ceux dans lesquels le spasme est tonique et limité au sterno-mastoïdien; mais si les autres muscles du cou étaient envahis, la résection du nerf spinal accessoire mériterait encore d'être essayée, car aucune autre méthode de traitement n'est capable de donner des résultats aussi satisfaisants. »

L'opinion énoncée dans la seconde partie de la phrase est absolument justifiée par les faits, car, dans presque tous les cas, il existait, en même temps qu'un spasme du sterno-mastoïdien, une affection semblable des autres muscles latéraux du cou, soit le trapèze, soit le splénius, etc., et cependant les résultats ont été aussi favorables dans les derniers cas que dans les premiers.

Avant d'en arriver à la résection du spinal, tous les auteurs des observations que nous avons rassemblées avaient épuisé les moyens médicaux employés d'habitude contre les spasmes musculaires : narcotiques locaux et généraux, courants continus et interrompus, massage, pointes de feu, etc., le tout sans succès.

Dans deux cas, Morgan et Tillaux avaient pratiqué d'abord, sans succès également, la section sous-cutanée du sterno-mastoïdien.

(1) Voir, pour les indications bibliographiques et les observations, *Revue d'orthopédie*, juillet 1891.

L'élongation du nerf a été aussi pratiquée, dans deux cas, avant la résection; dans le premier, Annandale, après avoir fait l'élongation, laissa sur le nerf une ligature, afin de pouvoir le retrouver facilement si l'état du malade ne s'améliorait pas; le lendemain, il rouvrit la plaie, retrouva le nerf en se guidant sur le fil et en fit la résection; dans le second cas, Noble Smith fit les deux opérations à plusieurs semaines d'intervalle.

Donc, en présence de ces résultats, on peut dire que, lorsque les moyens de douceur ou médicaux ont échoué, on est autorisé à pratiquer la résection du spinal accessoire, de préférence à la section sous-cutanée du sterno-mastoïdien et à l'élongation du nerf.

Jules Guérin, s'appuyant sur sa longue pratique, pensait que le procédé qu'il appelait le *procédé du doigt*, et à l'aide duquel il faisait la section sous-cutanée du sterno-mastoïdien dans le torticolis spasmodique, coupait en même temps le nerf spinal. Ce procédé consiste, comme on le sait, à passer le doigt sous le corps charnu du sterno-mastoïdien, mis en saillie par la position de la tête, et à faire pénétrer un myotome spécial à deux tranchants séparés sous le muscle, en suivant l'extrémité du doigt à mesure qu'il se retire. On divise alors la masse charnue du muscle sans inciser la peau, et en même temps le spinal et tous les filets nerveux venant d'autres sources.

J. Guérin réclamait en faveur de ce procédé, qui lui avait permis de guérir 3 opérés sur 6, les avantages suivants : possibilité d'atteindre tous les filets nerveux répandus dans le corps charnu du muscle divisé, c'est-à-dire joindre les avantages de la résection à ceux de la méthode sous-cutanée; en d'autres termes, au lieu d'une plaie ouverte, d'une dissection longue et douloureuse, si ce n'est incertaine, on a une plaie cutanée insignifiante et l'organisation immédiate des muscles divisés, sans inflammation ni suppuration.

Mais, sans vouloir rouvrir ici la discussion pendante entre les avantages et les inconvénients de la méthode sous-cutanée et de la méthode à ciel ouvert, on peut dire que les avantages réclamés par Jules Guérin pour le procédé du doigt sont incertains et que les inconvénients de la méthode à ciel ouvert ont été un peu grossis par lui. L'incision à ciel ouvert peut s'accompagner d'une dissection longue, bien que ce ne soit pas généralement le cas ici, mais non douloureuse, grâce à l'anesthésie; elle n'est pas incertaine, parce qu'on sait à peu près où se trouve le nerf qu'on veut couper. Quant aux dangers de l'opération, étant donné le voisinage de la jugulaire, je pense que la section sous-cutanée du sterno-mastoïdien, au niveau du point où se trouve le spinal, est plus dangereuse que l'opération à ciel ouvert.

Stromeyer pensait que la résection du nerf spinal devait être rejetée. Il doit être déjà très difficile, disait-il, d'exciser le nerf accessoire sur le cadavre, à plus forte raison chez un vivant atteint d'un spasme violent. Cette contre-indication n'a plus de valeur aujourd'hui, car, lorsque le malade est anesthésié par le chloroforme, les spasmes cessent et ne gênent plus dès lors l'opérateur.

Il invoque encore une autre raison, c'est que le sterno-mastoïdien renferme, outre le spinal, d'autres filets nerveux qui peuvent entretenir l'état spasmodique. Cette raison n'a pas plus de valeur que la précédente, car les faits ont démontré qu'à la suite de la section du spinal, le sterno-mastoïdien était flasque et paralysé. Ce qui entretient ensuite les spasmes, ce ne sont

pas les autres filets qui se rendent à ce muscle, mais ceux qui animent les autres muscles du cou, affectés également de spasme. C'est pourquoi plusieurs chirurgiens ont songé à couper les nerfs de ces muscles. M. Terrillon n'a pas osé s'engager dans cette opération; plus hardi, M. Noble Smith l'a menée à bonne fin et a guéri son malade en s'attaquant aux nerfs cervicaux.

Peut-être le succès de l'opération pratiquée par Noble Smith engagera-t-il maintenant les chirurgiens à imiter son exemple? On verra plus loin que le professeur Keen (de Philadelphie) a décrit aussi très minutieusement un procédé destiné à pratiquer la résection des nerfs cervicaux profonds.

Procédé opératoire. — Les opérateurs se sont divisés en deux camps : les uns ont fait leur incision le long du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien, les autres le long du bord postérieur. Parmi ceux-ci se trouvent C. de Morgan, Tillaux, Southam, Reeves, Rivington, etc.

Procédé de Campbell de Morgan. — Incision de deux pouces le long du bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien, le centre de l'incision correspondant à peu près au centre de ce bord. Le fascia étant incisé dans la même étendue, on trouve la branche trapézienne du nerf au point où elle émerge du sterno-mastoïdien pour traverser le triangle postérieur du cou. On la trouve généralement un peu au-dessus du centre de l'incision. On suit alors le nerf au milieu des fibres du muscle, jusqu'à ce qu'on atteigne le tronc commun au-dessus de sa division en deux branches, l'une pour le trapèze et l'autre pour le sterno-mastoïdien. Là, on résèque un fragment d'environ un quart de pouce de long.

M. Tillaux a adopté cette voie pour les raisons suivantes :

« On pouvait, dit-il, aller chercher le nerf par le bord antérieur du sterno-mastoïdien, mais c'était se condamner à agir dans une région bien épineuse, où il était difficile de manœuvrer sans danger, en raison des ganglions, vaisseaux et nerfs qui s'y trouvent. Couper le muscle en son milieu était aussi un procédé, mais qui exigeait une mutilation inutile; aussi est-ce le bord postérieur que je choisis de préférence. C'est là, suivant moi, la meilleure voie à suivre. »

Procédé de M. Tillaux. — Une ligne horizontale fut tirée de l'angle de la mâchoire; elle marquait d'une façon assez exacte le point où le nerf sort de la loge parotidienne. Une autre ligne horizontale, tirée du bord supérieur du cartilage thyroïde, indiquait d'une manière non moins exacte le point où le nerf pénétrait dans le muscle.

On fit ensuite une incision le long du bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien; elle avait 6 centimètres et était comprise entre les deux lignes horizontales dont je viens de parler. La peau et le peaussier ayant été incisés, on découvrit les fibres du bord postérieur du sterno-mastoïdien. Le bord du muscle, mis à nu, a été soulevé par un écarteur et le nerf s'est trouvé distendu sous forme d'une corde très facilement appréciable.

M. Tillaux se demanda alors s'il ne se contenterait pas de l'élongation, mais il y renonça pour diverses raisons. Une fois le nerf découvert, il le coupa une première fois au niveau du point où il pénètre dans le muscle; il enleva même quelques fibres musculaires pour plus de certitude; puis il suivit très facilement son bout supérieur, et en fit la section sur un point

très élevé. Il agit ainsi parce que, ainsi que l'a fait remarquer M. Sappey, il n'est pas rare de voir la branche externe du spinal se bifurquer prématurément pour fournir la branche du trapèze.

Les raisons données par Rivington pour adopter le procédé de M. de Morgan furent que ce procédé donne plus de jour pour chercher le nerf qu'en avant du sterno-mastoïdien, et semble moins exposer à blesser la veine jugulaire. L'auteur répéta d'abord les deux opérations sur le cadavre et trouva qu'il pouvait facilement atteindre le spinal accessoire et le sectionner en avant du sterno-mastoïdien, mais qu'il était obligé d'opérer dans un trou, et si quelque écoulement sanguin gênant survenait par la branche sterno-mastoïdienne de l'artère occipitale, il serait probablement nécessaire d'agrandir l'incision et de sectionner la veine jugulaire interne, etc., avant que l'artère fût convenablement liée. Par la méthode de M. de Morgan, on n'a pas à toucher de nerf ni de vaisseau important, et il est très facile de suivre le spinal accessoire et de l'isoler suffisamment pour le but qu'on se propose.

Incision antérieure. — Ballance trouve que la résection d'une partie du nerf spinal accessoire n'est pas difficile. Le rameau externe du nerf se dirige en bas et en arrière, soit en dedans, soit en dehors de la veine jugulaire interne et entre sous la face profonde du sterno-mastoïdien, près de son bord postérieur, exactement deux pouces au-dessous du sommet de l'apophyse mastoïde.

Après avoir répété l'opération sur le cadavre, Ballance pense qu'il vaut mieux commencer l'incision, non à l'apophyse mastoïde, mais au niveau de l'apophyse transverse de l'atlas, et de la continuer en bas suivant le bord antérieur du sterno-mastoïdien dans l'étendue de deux pouces. On soulève alors ce bord et on repousse le muscle en arrière. Le nerf est ainsi tendu et le doigt le sent lorsqu'il sort de dessous le ventre postérieur du digastrique, et se dirige, en bas et en arrière, vers la face inférieure du sterno-mastoïdien.

Annandale, Southam, Noble Smith ont également fait leur incision suivant le bord antérieur du sterno-mastoïdien.

Rappelons encore que Schwartz et Terrillon, qui ont adopté le procédé de Tillaux, ont fait l'un l'élongation avant, l'autre la section du filet du facial après l'opération ; que Ballance a fait, après la résection, et séance tenante, l'élongation du bout central du nerf; et, enfin, que Noble Smith a fait, chez son malade, trois opérations successives séparées par un intervalle de plusieurs semaines, l'élongation, la résection du nerf spinal et la résection des branches du plexus cervical.

Nous rapprocherons du procédé de ce dernier opérateur celui de Keen.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

Sur l'épidémie d'ictère qui exista dans le royaume de Saxe en 1889-1890, par le docteur MEINERT. (*Correspondenz. der sæchs. ærztl. Kreis- und Bezirksvereine.* Bd. XLIX, n° 6.) — De nombreux cas d'ictère survenus à Dresde, en automne 1889, firent penser à Meinert qu'il s'agissait d'une épidémie et lui donnèrent l'idée de faire une enquête étendue à tout le royaume de Saxe. Le résultat fut qu'il s'agissait bien d'une

épidémie d'ictère infectieux, analogue à celles de Genève (1848 et 1851), de Birmingham (1852), de Hanan (1868-1869), de Bâle (1874-1875), de Brunsbüttel et Nordhausen (1888-1889). Celles-ci commencèrent, comme celle du royaume de Saxe, à la fin de l'été ou en automne, et continuèrent pendant l'hiver. La courbe de fréquence est constituée par une première partie ascensionnelle par degrés, par une acmé et par une ligne descendante. L'enfance fut épargnée surtout entre 3 et 13 ans. Meinert réunit 518 cas ayant existé entre juillet 1889 et avril 1890. Comme une partie des médecins ne répondit pas à son enquête, il pense que le nombre des cas atteignit 1,500. On distingua surtout, chez les enfants, deux stades : le premier, fébrile, sans ictère; le dernier, sans fièvre, mais avec ictère. Le début était subit, avec frisson, céphalalgie, nausées, et la température montant rapidement jusqu'à 40°5 au maximum. Le foie et la rate étaient souvent hypertrophiés dès le deuxième jour. Le deuxième ou troisieme jour, la température commençait à baisser, et le cinquième ou sixième jour, au milieu d'un bon état général, l'ictère apparaissait pour durer de quelques heures à plusieurs semaines (en moyenne, onze jours). Dans 28 p. 100 des cas, la fièvre manqua. Sur les 518 malades, il en mourut 13, dont 2 avec des phénomènes d'atrophie aiguë du foie. Les convalescents d'influenza étaient très souvent atteints. Il y eut 7 récidives. — O. W.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Suite et fin de la séance du 30 juin 1891. — Présidence de M. Tarnier.

Les médicaments régulateurs du cœur. — M. G. Sée : Dans la deuxième période ou toxique, voici les changements qui s'opèrent : le *pouls* devient encore plus lent et plus *plein;* il s'abaisse jusqu'à 40 battements, mais prend alors et de plus en plus un caractère *arythmique intermittent.*

Plus tard encore, par l'action incessante de la digitale, il va se produire encore un nouveau changement; les extrémités cardiaques du nerf vague vont se *paralyser*; dès lors le pouls, de lent qu'il était, devient notablement *accéléré.*

Fin de cette période. — La *pression* elle-même, au début de cette période, reste encore au-dessus de la normale. Mais souvent, tout à coup, il survient une *véritable paralysie du cœur*, qui se traduit au point de vue subjectif par des troubles de la vision (scintillement des yeux, vision troublée et affaiblie), par des malaises, des vertiges et une faiblesse générale.

Au point de vue des signes, comme le myocarde ne pousse plus le sang dans les vaisseaux qu'avec une force décroissante, on observe une diminution graduelle de la tension des parois artérielles, et, par suite, la *pression sanguine* s'abaisse de plus en plus de la hauteur acquise primitivement.

Finalement, il y a donc : *a*) une *accélération* énorme du pouls; *b*) un *abaissement* de la pression sanguine au-dessous de la normale; *c*) un *troisième trouble* va se manifester, c'est l'*arythmie*, c'est-à-dire le fonctionnement tout à fait irrégulier du cœur.

Cette deuxième période ou toxique, qui finit par un arrêt du cœur *en diastole* (chez le mammifère), peut se montrer d'emblée par l'emploi de fortes doses; ce fait ressort clairement des expériences de Chauveau et Kauffmann sur les grands animaux. Kauffmann admet l'*arythmie* à cette deuxième période, à la seule condition que les nerfs vagues ne soient pas absolument paralysés. Il note alors des intermittences suivies de *systoles associées* deux par deux, trois par trois, qui se traduisent par le pouls bigéminé ou trigéminé, lequel est donc le produit de deux ou trois systoles ventriculaires se suivant rapidement; tout le monde connaît ce pouls *digitalique*, qui a été signalé il y a vingt-cinq ans par Lorain, les systoles deviennent pour ainsi dire péristaltiques, analogues aux contractions lentes de l'intestin; c'est ce qu'on voit chez la grenouille digitalinée.

La digitale augmente principalement le ressort du ventricule droit qui se rétracte. Le

ventricule gauche n'acquerrait pas de ressort, mais il acquiert indirectement plus de sang par et pendant la diastole; il ne le pompe pas, il le reçoit.

La digitale continue ses effets pendant des jours et des semaines après la cessation du remède.

La digitaline est un régulateur de la circulation, ce qui ne veut pas dire seulement un régulateur du cœur. L'emploi de la digitale a été d'abord dicté par l'unique but de faire cesser les irrégularités ou la fréquence du pouls; or, ce n'est là qu'une indication très aléatoire. Son pouvoir régulateur consiste à rétablir l'équilibre dans les fonctions de circulation et l'ordre dans les troubles cardio vasculaires; il importe peu que le pouls soit accéléré ou ralenti, soit intermittent ou déréglé si cette perturbation n'atteint pas la répartition du sang dans les vaisseaux et les organes, en un mot, si elle ne frappe pas les fonctions circulatoires; et ce sont elles que je cherche à remettre en l'état, c'est là le triomphe de la digitale. Il ne s'agit pas là de toucher le cœur; ce mot ne se comprend plus; il s'agit de surveiller et de soumettre à la règle toutes les anomalies de la circulation, c'est-à-dire de compenser ce qui a cessé de s'harmoniser.

L'indication générale du champ d'action de la digitale est celle-ci : une *faiblesse persistante du cœur dans les lésions circulatoires qui entraînent un abaissement de pression* dans les artères et une stagnation relative du sang dans les veines.

Les causes de ces troubles sont de divers ordres. La plupart sont d'ordre cardiaque. D'autres se rapportent aux affections pulmonaires où le *système capillaire* est réduit ou anéanti, comme cela a lieu dans l'emphysème et les lésions consécutives du cœur droit. *Un troisième ordre* de lésions appartient aux néphrites.

Voici quelle est l'action de la digitale :

Par l'agrandissement du volume du pouls qui résulte des fonctions élastiques surélevées du cœur, les *artères*, à chaque *systole*, devenue plus efficace, se remplissent mieux, les veines se vident plus complètement, et, par là, l'organisme atteint le même but que l'ancienne action de l'hypertrophie. En outre, dans beaucoup de sténoses et d'insuffisances, la situation s'améliore par la prolongation *des systoles*, laquelle est due parfois au ralentissement du pouls, ce qui permet au cœur de se remplir, mais surtout au changement d'élasticité du myocarde; le sang a ainsi le temps de s'élancer par l'ouverture *rétrécie* d'échappement, et aussi le temps d'*éviter* le recul du sang vers le *cœur*, lorsque les ouvertures sont *insuffisantes* pour leur fermeture. Finalement, on peut invoquer aussi la *contraction des artères;* quand même celle-ci ne serait que passagère, elle empêcherait le départ trop prompt de la colonne sanguine expulsée par chaque systole, et son entrée trop précipitée dans les veines, de sorte que la réplétion des artères, par ce seul fait de leur contraction, a lieu plus facilement, plus complètement.

Parmi les lésions du cœur qui exigent l'emploi de la digitale, il faut d'abord citer l'insuffisance mitrale, toujours en imminence de rupture d'équilibre. Vient ensuite le rétrécissement mitral, qui peut cependant se maintenir longtemps.

Le degré de la lésion a une certaine importance pour le pronostic. Un rétrécissement de moitié sera un vice valvulaire insignifiant; mais si la valvule mitrale ne couvre plus que la moitié de l'orifice, l'altération est des plus graves. Il en est de même pour l'aorte.

Ce qui est certain, c'est que si pour l'insuffisance aortique il y a une de ces énormes hypertrophies gauches si fréquentes, la digitale devient inutile. Si on admet une augmentation de *pression* des artères, le remède est encore inutile et même dangereux. Mais on sait maintenant que la pression est loin d'être permanente; les pressions retournent facilement à l'état normal, dans ce cas, et sans doute aussi dans d'autres états pathologiques.

En quatrième lieu, il y a les fatigues du cœur, ses dégénérescences fibreuses partielles si fréquentes dans les cœurs hypertrophiés. Si la dégénérescence du muscle pouvait être générale, il n'y aurait plus rien à espérer.

En cinquième lieu, il faut citer les dilatations du cœur, qu'elles soient primitives ou secondaires, atrophiantes ou hypertrophiantes.

Il y a des indications douteuses, nulles ou même contraires.

Les adiposes cardiaques ne sont guère modifiées par la digitale. Penzold a même

cherché à établir que, quand la digitale échoue, dans les trois quarts des cas le cœur est graisseux.

S'agit-il de *palpitations*, comme la plupart sont d'ordre paralytique, c'est-à-dire produites par la paralysie des nerfs vagues, il ne faut recourir à la digitaline qu'avec les plus grandes précautions, car, après leur excitation par la digitale, les nerfs se paralysent rapidement et tombent dans un état analogue à l'état pathologique.

Les affections d'ordre pulmonaire sont souvent modifiées avantageusement par la digitaline ; le cœur droit acquiert souvent une tonicité marquée, comme le prouvent nos tracés; mais ce n'est pas là une règle absolue.

Les néphrites interstitielles sont la plupart du temps hors de la sphère d'action de la digitaline.

En résumé, toute la digitalinisation se traduit par quelques mots. Par tous ses effets sur l'élasticité du cœur, sur l'ampliation du pouls, sur la prolongation de la systole après celle de la diastole, la digitale est bien plutôt un régulateur de la circulation, un compensateur, qu'un tonique du cœur musculaire.

La digitale n'est diurétique qu'en surélevant la pression naguère normale. Chez l'individu sain, elle ne produit rien. Chez le cardiaque troublé, la circulation se rétablit par le renforcement digitalique du cœur et de la pression; enfin, chez le cardiaque hydropique, cela est encore plus net.

La *strophantine* est remarquable par une élévation considérable de la pression. C'est :

1° Un vaso-constricteur général et violent, qui relève et régularise surtout la circulation périphérique ;

2° Un médicament cardiaque, plus violent, mais plus temporaire que la digitaline;

3° Un réducteur de la sécrétion urinaire par suite de la vaso-constriction rénale.

On a attribué le pouvoir diurétique au strophantus; mais la drogue ne donne qu'une faible diurèse. Ses indications sont donc distinctes de celles de la digitaline. Pour frapper un coup énergique sur la circulation périphérique affaissée, surtout à la suite des lésions mitrales non compensées, la strophantine est indiquée plus que la digitaline; celle-ci, plus pour régulariser les troubles de toute espèce dont l'ensemble : dypsnée, œdème, stase veineuse, rénale ou anurie, constitue la décompensation plus ou moins grave, plus ou moins complète.

L'*iodure de potassium* présente deux phases dans son action biologique; une phase d'excitation caractérisée par le cœur accéléré, une pression élevée et une vaso-constriction très évidente, c'est la caractéristique de l'iodure de potassium, puis il survient une phase qu'on peut appeler iodique qui se traduit par une vaso-dilatation avec pression basse. Comme la digitaline, l'iodure donne le renforcement primitif du cœur et de la pression, d'où un surcroît d'énergie de contraction cardiaque. Dès le moment que la pression est augmentée par le fait du cœur, la circulation intra-cardiaque est activée. Dans les artères coronaires comme dans tout le système artériel, dans la phase iodique, il y a vaso-dilatation générale et par conséquent aussi coronaire.

Les iodures ne sont pas des dépresseurs du pouls; l'iodure de potassium est au contraire un vrai cardiaque ou plutôt un régulateur du cœur, c'est à-dire un moyen infaillible de relever la circulation affaiblie.

Aussi, on s'explique l'utilité de l'iodure potassique non seulement dans les états de trouble des lésions mitrales, dans les affections dégénératives partielles du myocarde, les dilatations du cœur, le cœur forcé, qui sont aussi du domaine de la digitale, mais, de plus, sa grande supériorité dans les scléroses artérielles du cœur ou angines de poitrine, dans les arythmies organiques, les anévrysmes de l'aorte, les adiposes cardiaques, qui toutes échappent à la digitaline, à la strophantine.

La *spartéine* est de tous les moyens cardiaques celui qui agit le plus promptement, le plus sûrement sur l'élasticité du cœur. Elle a de grands effets dans les atonies et les surmenages du cœur; le pouls se relève rapidement; le malade accuse plus de forces générales, et les douleurs dites cardiaques s'amoindrissent sous l'influence de la spartéine sans que d'ailleurs il se produise la moindre diurèse.

La *convallamarine* produit les effets atténués de la digitale.

La *caféine* ne peut pas être considérée comme un tonique du cœur ni surtout comme un régulateur de la circulation. Elle a :

1° Un pouvoir diurétique très prononcé, et qui dépend de l'action de la caféine sur les éléments sécréteurs des reins ; la sécrétion ne relève pas de l'action des vaisseaux, comme ce semble être pour la diurèse digitalique ;

2° L'action vaso-motrice, tout en étant sans efficacité, n'en est pas moins générale et souvent intense, si intense que les reins ne sécrètent plus, les vaisseaux du rein étant fortement contractés ;

3° S'il y a une influence directe sur le cœur, elle est aussi indépendante de cette vaso-constriction, et n'a d'ailleurs aucune proportionnalité avec elle. On trouve le cœur, tantôt accéléré, quelquefois ralenti, généralement fort en apparence, mais en réalité sans désordre ;

4° Des excitations de toute espèce se manifestent. Elles sont d'origine cérébrale, d'origine bulbaire. C'est un stimulant de la nutrition.

D'après cela, les indications de la caféine diffèrent totalement de celles des vrais moyens régulateurs ; la caféine est un diurétique rénal, un excitant cérébral et bulbaire ; le cœur est variable sous l'influence du café, et, s'il est surexcité, la stimulation provient des centres nerveux et non du cœur directement.

Mode d'administration des divers moyens régulateurs du cœur. — Digitaline. — Il y en a une seule vraie, celle de Nativelle ; les préparations de digitale sont à rejeter. Il faut donner un demi-milligramme en teinture par jour, puis, pendant quatre à cinq jours, dose atténuée. Aujourd'hui, la mode est de donner 2 milligrammes une fois pour longtemps ; puis repos de quatre à huit jours, repos définitif ou temporaire ; cette méthode est certainement dangereuse, et ne paraît s'expliquer que si on se sert d'une digitaline mal définie. Si on commence par de plus petites doses (un quart de milligramme) de la vraie digitaline (Nativelle), l'effet ne se produit que lentement, c'est-à-dire au bout d'un à trois jours, et cela par suite d'une accumulation du remède. Le but est plus facilement atteint, si on prescrit une à deux doses fortes (demi-milligramme) d'emblée. Avec ce procédé lui-même, on est souvent obligé de patienter pour obtenir les effets voulus, attendu que la digitaline est peu soluble, ce qui n'explique rien, car les glucosides solubles, en raison de leur contexture colloïde, ne sont aussi que lentement résorbés ou mal éliminés : l'elléborine en est la preuve. Quand, enfin, l'organisme est très affaibli, il est mal disposé pour l'absorption.

Strophantine. — Pour la strophantine, qui agit promptement, mais qui ne tient pas et, par conséquent, ne s'accumule pas, vous la prescrirez à un cinquième de milligramme, en teinture ou en granules. La meilleure est celle de Würtz.

Convallamarine. — Comme il n'y a pas d'accumulation, on peut prescrire 0 gr. 30 à 0 gr. 50 en pilules par jour.

Iodure de potassium. — C'est le remède régulateur le plus durable et le plus inoffensif. Il faut donner 3 grammes par jour pendant cinq à six jours sur sept, et continuer indéfiniment. On doit répartir la dose en trois, et la prescrire soit dans du lait, soit dans la bière, et cela pendant les repas. Les sirops iodurés sont plus mal tolérés que l'iodure délayé ; toutes les préparations ont le grave inconvénient d'altérer profondément le goût et, pendant un temps plus ou moins long, d'amoindrir l'appétit, de façon à compromettre la digestion. Outre cet inconvénient, on doit craindre les hyperémies excessives et les tendances hémorrhagiques, surtout les hémoptysies. Sans ces deux sérieux obstacles, on pourrait, on devrait proclamer l'iodure de potassium comme l'idéal des médicaments régulateurs du cœur.

Spartéine (Sulfate). — Le sulfate de spartéine, qui ne s'accumule pas plus que l'iodure ni que la strophantine, sera prescrit en solution aqueuse à la dose de 10 à 20 centigrammes par jour, à continuer huit à dix jours. C'est un médicament pour ainsi dire instantané, dont l'action se perd facilement ; c'est pourquoi il faut répartir la dose journalière en deux à trois fractions.

Caféine ou *théobromine* (Salicylate de ces bases xanthiques). — La caféine se prescrit avec le salicylate ou le benzoate de soude à 1 gramme par jour, en injection ou *per os* ;

son action est prompte, mais passagère; avec l'excitation bulbaire ou cérébrale, on a la sécrétion urinaire augmentée; mais en raison même de ces deux excitations, il est impossible de continuer au delà de trois jours. Avec la théobromine, la dose doit être cinq fois plus considérable.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 juillet. — Présidence de M. Labbé.

Sommaire : *Stomatite diphthéroïde. — Urticaire de la gorge. — Anévrysme de la portion descendante de l'aorte thoracique. — Epilepsie jacksonnienne.— Tremblement héréditaire. — Méningite typhique par bacille d'Eberth.*

M. Sevestre rapporte un nouveau cas de la stomatite diphthéroïde qu'il avait décrite dans la dernière séance. Il s'agit d'un enfant que l'on avait envoyé au pavillon d'isolement, au milieu de diphthériques. Cet enfant a parfaitement guéri. Ses plaques de stomatite ne contenaient que le staphylocoque. Ce nouveau fait prouve combien il est important de reconnaître la stomatite diphthéroïde pour ne pas exposer des enfants, atteints d'une affection bénigne, à contracter la diphthérie.

— M. Laveran présente un officier de 30 ans qui, le matin même, se réveillait avec une gêne notable de la déglutition. La luette avait le volume d'une noix, elle était rouge, œdématiée; les amygdales étaient légèrement tuméfiées, tout l'isthme du gosier était rouge. En un mot, c'était l'aspect d'une angine aiguë. Mais il n'y avait pas de fièvre, pas de douleur et l'appétit était bon.

Le diagnostic eût été difficile si l'histoire du malade ne l'eût éclairci. Depuis plus de trois ans, en effet, ce malade présente des poussées d'urticaire très fréquentes et très intenses. Tous les matins ce sont de nouvelles bulles, tantôt à la face, tantôt aux mains, aux pieds, etc.; et l'on dirait tantôt d'un érysipèle de la face, tantôt d'un phlegmon de la main, du bras, du pied. Il s'agit en effet de ce que les auteurs anglais appellent l'urticaire géante. Le malade présente en outre une petite plaque d'urticaire sur la langue et une autre plus large à la hanche gauche, qui viennent confirmer le diagnostic d'urticaire de la gorge.

M. Moutard-Martin a vu aussi un cas d'urticaire interne. Une dame âgée, ayant depuis longtemps de l'urticaire, se réveilla une nuit avec de l'anhélation et une gêne extrême de la déglutition. La langue s'était rapidement tuméfiée et pendait hors de la bouche. Bientôt la tuméfaction envahit les lèvres, puis une partie de la face. Dès le lendemain tout avait disparu. Si une telle poussée se développait au voisinage de la glotte elle menacerait la vie du malade par l'œdème qu'elle produirait.

M. Rendu a vu, naguère, un enfant qui, quelques heures après une poussée d'urticaire sur le front, fut pris d'urticaire du voile et de l'arrière-gorge. La suffocation fut intense, mais les accidents disparurent heureusement assez vite. Sans la poussée cutanée, le diagnostic eut été bien difficile.

M. Sevestre : Des accidents analogues se produisirent chez une dame qui venait de manger des moules. On appela M. Sevestre qui assista bientôt à la production de bulles cutanées. Quelques heures après, un enfant de cette dame fut pris lui aussi d'urticaire de la gorge, qu'on aurait pu prendre pour une attaque de faux croup, si l'on n'avait su de quoi il s'agissait.

M. Labbé a souffert lui-même d'urticaire cutané s'accompagnant d'urticaire des bronches. Il en a vu en outre plusieurs autres cas. L'urticaire interne n'est donc pas absolument rare.

— M. Laveran présente des pièces anatomiques provenant d'un officier de 58 ans mort de rupture d'un anévrysme de l'aorte thoracique descendante. Depuis plusieurs années ce malade souffrait de crises douloureuses ressemblant à celles de l'angine de poitrine. Il entra au Val-de-Grâce le 27 juin dernier pour un point de côté; l'auscultation révéla

de l'emphysème et un peu de pleurésie du côté gauche. Les bruits du cœur étaient assourdis mais normaux. Le 29 juin, le malade semblait très bien portant; il se disposait à sortir de l'hôpital quand tout à coup il fut pris d'une crise douloureuse très intense avec angoisse extrême, pâleur, refroidissement des extrémités et petitesse remarquable du pouls. Ces phénomènes disparurent assez vite après une piqûre de morphine. Le lendemain, nouvelle crise extrêmement violente. Le 1er juillet la douleur persistait encore; enfin, vers huit heures du soir, une syncope se produisit et le malade mourut.

A l'autopsie, on trouva la plèvre gauche remplie de sang liquide et de caillots. Il s'était donc produit une hémorrhagie foudroyante. Cette hémorrhagie provenait d'un anévrysme énorme de l'aorte thoracique descendante, siégeant entre la bronche gauche et le diaphragme. Le cœur était petit et graisseux, le péricarde sain et toute l'aorte fortement athéromateuse.

Il est rare de voir les manifestations de l'anévrysme thoracique se produire, comme dans ce cas, sous forme de crises intermittentes.

M. Desnos : La syphilis joue souvent un grand rôle dans la production de ces anévrysmes. Le malade de M. Laveran était-il syphilitique?

M. Laveran : Le malade n'a pas été interrogé sur ce point; on n'avait pas en effet diagnostiqué l'anévrysme.

M. Rendu : Les anévrysmes de l'aorte siégeant au-dessous de la bronche passent souvent inaperçus, malgré le volume énorme qu'ils atteignent quelquefois. Quant à la forme intermittente des douleurs, elle est de beaucoup la plus fréquente. La rupture du sac se fait ordinairement en plusieurs temps; ce sont d'abord de petites fissures à travers lesquelles filtre une petite quantité de sang. Ceci est surtout constatable pour les anévrysmes s'ouvrant dans la trachée ou les bronches; on voit alors de petites hémoptysies se produire un certain temps avant l'hémorrhagie foudroyante.

Il faut remarquer, sur les pièces présentées par M. Laveran, que le cœur est petit; c'est ce que l'on observe habituellement dans ces cas d'anévrysmes volumineux. Or, Marey et plusieurs autres physiologistes avaient prétendu que l'hypertrophie cardiaque devait dans de tels cas fatalement se produire, à cause du travail plus considérable imposé au muscle cardiaque, à cause du choc en retour, etc. Les faits anatomo-pathologiques démontrent l'inexactitude de cette théorie.

— M. Gilbert Ballet présente une malade atteinte de crises d'hystérie à forme d'épilepsie partielle. Dans le cours de l'attaque d'hystérie normale, on observe une première période épileptiforme. Mais, dans certains cas, la crise prend l'aspect d'une crise d'épilepsie jacksonnienne à forme hémiplégique ou monoplégique; cette crise hystérique est donc incomplète; elle est bornée à la période épileptiforme. Elle simule absolument l'épilepsie; il y a des différences cependant. Ainsi, la première malade chez laquelle on reconnut la nature hystérique de ces accès jacksonniens avait eu huit mille crises consécutives. Ce nombre d'accès parut à MM. Charcot et Ballet invraisemblable pour une épilepsie symptomatique d'une lésion corticale du cerveau, et leur fit penser à l'hystérie. Ordinairement, il y a toujours quelque particularité qui décèle l'hystérie; il n'en est cependant pas toujours ainsi. M. Ballet a fait lui-même dans un cas une erreur de diagnostic. Il s'agissait d'une hystérique qui fut prise d'épilepsie jacksonnienne; elle garda de la paralysie après ses attaques. M. Ballet fit le diagnostic de méningite tuberculeuse; mais bientôt la paralysie disparut et l'on reconnut alors qu'il ne s'agissait que d'une manifestation hystérique.

Chez la malade que M. Ballet présente, l'accès d'épilepsie jacksonnienne est localisé au côté gauche de la face. Cette malade a eu de grandes crises d'hystérie. Elle présente deux zones hystérogènes : l'une sur la tête, l'autre au-dessous du sein. Il suffit de déterminer une excitation de la zone siégeant au vertex pour amener un accès jacksonnien. On constate alors des convulsions de la face et du sterno-mastoïdien du côté gauche; la bouche écume comme dans l'épilepsie vraie. La malade ne perd pas connaissance pendant l'accès, mais elle est en état cataleptique; les membres conservent l'attitude qu'on leur donne. Après l'accès, elle est pendant un moment dans un état hypno-

tique, elle est alors suggestionnable. Tous ces caractères suffisent à différencier ces accès des accès d'épilepsie jacksonnienne vraie. A ce moment, la malade est prise d'une grande attaque d'hystérie qui confirme le diagnostic de M. Ballet.

— MM. Debove et Jules Renault : Un malade âgé de 40 ans entre à l'hôpital pour un emphysème compliqué de bronchite. Il a, en outre, un tremblement que l'on attribue d'abord à l'alcoolisme; mais la mère et la fille de ce malade sont atteintes du même tremblement. Il s'agit, en effet, d'un tremblement héréditaire.

Cette affection a été seulement signalée par M. Fernet, dans sa thèse d'agrégation, et par M. Charcot dans ses Leçons du Mardi.

La mère du malade, âgée de 64 ans, et sa fille âgée de 11 ans ont été examinées par MM. Debove et J. Renault qui ont en outre pu reconstruire un arbre généalogique de la famille comprenant quatre générations. C'est une famille de « trembleurs ». Le tremblement existe dès les premières années et augmente de plus en plus avec l'âge, ce que démontre très nettement l'examen de l'écriture de ces trois sujets.

Le tremblement se manifeste à la face par de petits mouvements vibratoires des paupières et des lèvres; à la langue par de légers mouvements fibrillaires : aux mains, par des oscillations verticales, autour d'un axe horizontal et transversal passant par le poignet. Pas de tremblement individuel des doigts, de la tête ou des membres inférieurs. Huit à neuf oscillations par seconde; les mouvements intentionnels n'augmentent pas leur amplitude.

MM. Debove et Renault ont observé un autre exemple de tremblement héréditaire analogue au précédent, avec cette différence, cependant, que le tremblement s'étendait aux membres inférieurs.

Il existe donc un tremblement héréditaire qui se transmet sans atténuation aussi bien dans la ligne paternelle que dans la ligne maternelle, n'atteignant pas nécessairement tous les membres de la famille. Il existe aux paupières, aux lèvres, aux membres, à la langue, aux membres supérieurs surtout. C'est un tremblement vibratoire (8 à 9 vibrations par seconde) ce qui, entre autres signes, le distingue de celui de la paralysie agitante et du tremblement sénile qui sont oscillatoires (3 à 5 vibrations par seconde). Nul au repos complet, il apparaît nettement dans certaines attitudes et persiste dans les mouvements intentionnels sans être exagéré par eux. Ce caractère le différencie du tremblement mercuriel et de celui de la sclérose en plaques, qui n'ont d'ailleurs que 5 à 7 vibrations par seconde. Il ne s'accompagne pas de tremblement individuel des doigts, ce qui le distingue des tremblements alcoolique et de la paralysie générale.

Enfin les malades de MM. Debove et Renault n'étaient ni hystériques ni neurasthéniques.

— M. Fernet communique un cas de méningite par bacille d'Eberth.

Il s'agit d'une femme de 29 ans qui entra à l'hôpital en novembre dernier, au quinzième jour d'une fièvre typhoïde. La céphalalgie avait été jusqu'alors le symptôme dominant; elle s'accompagnait de délire et de vomissements bilieux qui se répétaient quatre ou cinq fois par jour; pas d'épistaxis, pas de diarrhée, ni gargouillement, ni douleur dans la fosse iliaque, pas de taches rosées. L'haleine avait une odeur fécaloïde prononcée, ce que M. Fernet considère comme un bon signe de diagnostic de la fièvre typhoïde. Comme, d'autre part, il n'y avait point de tuberculose pulmonaire et que la santé antérieure était parfaite, on élimina l'hypothèse d'une méningite tuberculeuse et on conclut à une méningite typhique. La malade fut soumise aux bains froids à 20°. Au vingtième jour de la maladie, les signes de méningite s'accentuèrent : strabisme, exophthalmie, rétention d'urine; pouls à 96. Les symptômes s'aggravent les jours suivants; la température s'abaisse au-dessous de la normale, le pouls s'élève à 112, 120; enfin, le 24 novembre, hypothermie (36°), coma et mort.

A l'autopsie, une seule plaque de Peyer est atteinte; méninges injectées, liquide louche très abondant, pie-mère adhérente. L'examen bactériologique et les cultures, pratiqués par M. Girode, décèlent la présence du bacille d'Eberth.

FORMULAIRE

Potion purgative pour enfants.

Huile de ricin..............................	15 grammes.
Infusion de café..........................	60 —
Sucre en poudre...........................	20 —
Jaune d'œuf................................	N° 1.

F. s. a. une potion émulsionnée, que l'on fait prendre aux enfants atteints d'embarras gastrique. — N. G.

Pilules contre l'impaludisme. — R. de Santos.

Sulfate de quinine..........................	0 gr. 80 centigr.
Sulfate de fer................................	0 gr. 40 centigr.
Extrait mou de quinquina.................	1 gramme.

F. s. a. 10 pilules. — Une toutes les trois heures pour remédier aux accidents de l'impaludisme. — Exercice à l'air libre, alimentation reconstituante. — Badigeonnage à la teinture d'iode, sur la région hépatique ou splénique. — N. G.

COURRIER

Congrès international d'hygiène de Londres. — Sont délégués au septième Congrès international d'hygiène et de démographie qui se tiendra à Londres, au mois d'août prochain, MM. Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine de Paris; Brouardel, membre de l'Académie de médecine de Paris, doyen de ladite Faculté, président du comité consultatif d'hygiène publique de France; Budin, membre de l'Académie de médecine de Paris; Charpentier, membre de l'Académie de médecine de Paris; Chauveau, membre de l'Institut, inspecteur général des Ecoles vétérinaires; Colin (Léon), membre de l'Académie de médecine de Paris, médecin inspecteur général de l'armée; Gariel, membre de l'Académie de médecine de Paris, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Jacquemet, professeur à l'Ecole nationale d'agriculture de Montpellier; Proust, membre de l'Académie de médecine de Paris, professeur à ladite Faculté, inspecteur général des services sanitaires; Roussel (Théophile), membre de l'Académie de médecine de Paris.

Société de médecine de Paris. — Séance du 11 juillet 1891. — *Ordre du jour* : Communications diverses.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

La communication de M. Lannelongue à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine est une des plus importantes qui aient été faites sur la question depuis que la science recherche les moyens de traiter efficacement les manifestations tuberculeuses. On sait qu'il s'agit d'injections d'une solution de chlorure de zinc faites autour des tuberculoses locales. Cette méthode s'est présentée avec des allures moins bruyantes, moins tapageuses, moins assurées que celle de M. Koch, avec beaucoup plus de réserves, et avec une qualité qui répond au principe essentiel de toute médication applicable à l'homme : ne pas nuire au malade. C'est là un élément, en attendant les autres, qui met d'emblée la méthode de M. Lannelongue au-dessus de celle de M. Koch, et qui lui permettra d'être répétée sans crainte par tous les médecins, d'autant plus que le *modus faciendi* en est à la portée de tout le monde. Elle réunit presque les trois *desiderata* réclamés aux médications; elle peut être pratiquée *tuto, cito* et... presque *jucundè,* en tout cas sans causer plus de douleur que tout autre injection hypodermique.

FEUILLETON

CAUSERIE

Plus heureux que Diogène, M. Henry Maret a enfin trouvé un homme suivant son cœur. La chose est tellement extraordinaire, ou du moins il l'a trouvée telle, qu'il l'a jugée digne d'être annoncée *urbi* et *orbi*, et qu'il l'a imprimée toute vive dans le *Matin*. Cet homme tout à fait hors ligne, l'homme selon le cœur de M. Maret, l'homme, enfin, répond au nom de Krohn. Ce n'est pas très harmonieux, mais enfin il y en a de plus durs. Et puis, d'ailleurs, cet homme a eu une idée qui a plu à M. Maret; il n'est pas donné à tout le monde d'avoir une idée, fût-elle saugrenue, et encore moins d'en avoir une qui plaise à M. Maret. Tenez, par exemple, l'idée de greffer du cancer chez une femme ne lui a pas plu, et je suis sûr que l'idée qu'a eue M. le professeur Lannelongue de traiter les tuberculoses externes par les injections périphériques de chlorure de zinc ne lui aurait pas plu davantage.

Donc, M. Krohn a eu une idée, destinée à révolutionner la médecine. Cette idée était tout simplement d'offrir cent mille francs au Conseil municipal de notre bonne ville de Paris, à condition que celui-ci mît au service dudit M. Krohn un hôpital dans lequel il pût traiter les malades par une méthode qui consiste à abandonner les maladies à elles-mêmes.

Maintenant que le nouveau mode de traitement de la tuberculose est connu, il faut bien que nos confrères ne se laissent pas aller, dans leur appréciation, à l'exagération qui a accompagné la connaissance de la méthode de Koch; il ne faut pas se laisser... emballer, — qu'on me passe l'expression, — ni dans un sens ni dans l'autre; ne pas concevoir d'espérances folles, ni, parce que la substance employée n'a rien de mystérieux, tant s'en faut, une sorte de mépris pour elle et son emploi. Il faut, comme nous l'avons fait dès que les premiers résultats de la méthode de Koch ont été publiés, examiner soigneusement et minutieusement les faits, les mettre au point, et en indiquer aussi exactement que possible la valeur — ni trop, ni trop peu.

Examinons donc successivement : 1° Les principes sur lesquels s'est basé M. Lannelongue pour traiter les tuberculoses locales par les injections périphériques d'une solution de chlorure de zinc; 2° son manuel opératoire; 3° les résultats qu'il a obtenus.

1° *Principes de la méthode.* — Ayant eu à traiter un cas d'hypertrophie congénitale énorme de l'avant-bras et de la main chez un enfant, M. Lannelongue eut la pensée de recourir à des injections profondes de chlorure de zinc; commençant par des solutions très étendues, il arriva peu à peu à employer des solutions plus concentrées, et, sans aucun accident, put en quelques mois réduire de moitié le volume du membre. Le tissu, mou et abreuvé de sucs de ce lymphangiome, avait été transformé en tissu dur et comme fibreux; on remarqua, durant le traitement, que l'action du médicament ne s'exerçait pas seulement au lieu de son application, mais qu'il y avait des effets s'irradiant à une certaine distance; on observa aussi que les solutions concentrées au 7e et au 10e, dont on injectait 2 ou 3 gouttes, n'amenaient jamais d'eschares lorsqu'on déposait le liquide au-dessous de l'aponévrose superficielle; il ne s'est produit de petites eschares que lorsqu'on a fait les injections sous la peau.

A partir de ce moment, M. Lannelongue conçut le plan d'une méthode qu'on pouvait, à l'aide de ce médicament ou d'agents similaires, appliquer

---

La méthode n'est pas nouvelle; il y eut autrefois la méthode physiologique, mais les résultats n'en furent pas brillants, et elle est rentrée dans le néant depuis longtemps. M. Krohn a voulu la renouveler, en s'appuyant sur le principe suivant : « Les maladies deviennent chroniques et incurables par l'introduction réitérée des drogues dans l'organisme. »

M. Maret, qu'il ne faut pas confondre avec M. Marey, de l'Institut, trouve qu'il faut avoir du courage pour écrire cette phrase, et je suis absolument de son avis, mais pas pour le même motif. Celui de M. Maret est qu'il en faut dix fois plus aujourd'hui que du temps de Molière, pour oser s'attaquer à la médecine, qui est une des deux puissances ou, pour parler mieux, un des deux fléaux de notre siècle. L'autre est l'avocasserie. Le mien est qu'il faut en effet un certain courage pour écrire une sottise et pour l'appuyer d'un chèque de 100,000 francs pour mieux la faire digérer. Le Conseil municipal de Paris, mieux inspiré que M. Maret, n'a pas trouvé l'idée de M. Krohn de son goût et n'a pas jugé à propos de lui confier un service d'hôpital pour y mettre sa méthode en pratique. C'eût été cependant original et tout à fait fin de siècle, comme on dit aujourd'hui; il paraît que M. Krohn aurait eu pour internes de bonnes femmes de la campagne et qu'on y serait mort moins que par le régime présent. Ce spectacle eût été réjouissant; le Conseil municipal ne sait pas ce qu'il nous fait perdre en refusant les présents de M. Krohn.

M. Maret, et c'est là son plus grand tort, réédite dans son article une foule de vieux clichés usés qui, depuis Molière, courent les rues. Le médecin a intérêt à prolonger la

aux tissus altérés, tuberculeux ou autres. Il étudia donc, avec M. Achard, l'action sclérogène du médicament d'abord sur les tissus sains des animaux, tissu cellulaire, muscles, poumons, foie, os, etc., puis sur les tissus rendus tuberculeux. Les deux expérimentateurs virent ainsi que le médicament fixe, en les tuant, les éléments anatomiques au point où il est déposé, et même à une assez grande distance; il oblitère un certain nombre de capillaires et de petits vaisseaux; il provoque enfin une irritation inflammatoire des parois vasculaires qui rétrécit le calibre des vaisseaux dans une étendue notable et parfois éloignée du point initial, et, phénomène capital, au sein des tissus injectés, un afflux énorme de nouveaux éléments anatomiques. De là, une lutte en ces éléments et le bacille, particulièrement entre les cellules migratrices et celui-ci, en vue de l'absorber et de le détruire. Quoi qu'il en soit de cette hypothèse, les éléments du tissu morbide que l'agent thérapeutique avait fixés par son contact se résorbent lentement et disparaissent, repris par l'organisme; les jeunes cellules, au contraire, s'organisent avec une grande activité et constituent un tissu fibreux serré, analogue au processus naturel de la guérison de la tuberculose.

En quel point du tissu tuberculeux faut-il déposer la substance modificatrice? La constitution anatomique et le mode d'accroissement des foyers tuberculeux indiquent que c'est à leur périphérie, et non dans leur centre, non plus que dans les fongosités, qu'il faut agir. En effet, tandis qu'à la périphérie des foyer tuberculeux se trouvent les processus les plus récents et jeunes, on ne rencontre au centre que des produits vieux, dégénérés, frappés de mort ou en voie de nécrobiose.

On voit donc que cette manière de faire diffère entièrement de celle des injections d'éther iodoformé, de naphtol camphré, etc., qui ont pour but de stériliser les foyers tuberculeux eux-mêmes, et sont faites, par conséquen au sein de ces foyers.

2° *Manière de pratiquer l'injection.* — Celle-ci, avons-nous dit, est faite à la périphérie des lésions tuberculeuses avec une seringue de Pravaz ordi-

maladie, donc il la prolonge, il l'entretient! La science, gros mot dont les imbéciles de notre époque ont plein la bouche, etc.

Si vous croyez que les médecins vont se fâcher pour si peu! Après tout, M. Maret n'est peut-être pas plus convaincu que cela de tout ce qu'il dit des médecins. M. Krohn lui a fourni un sujet d'article, et il a fait l'article. De quoi n'est pas capable un journaliste à court de copie? Moi, en pareil cas, je passe la main à un autre; mais tout le monde n'a pas cette vertu. L'article fini, M. Maret regarde les médecins en riant et leur tend la main. Ainsi deux avocats qui se sont dit les choses les plus désagréables du monde sur le dos de leurs clients, et qui se serrent la main au sortir de l'audience.

Etes-vous père, Monsieur Maret? Oui, eh bien, je vous attends à la première menace de croup d'un de vos enfants, ou à sa première convulsion. Je voudrais bien vous voir ce jour-là. Je suis persuadé que, si vous aviez à choisir alors entre M. Krohn et n'importe lequel de ces médecins des hôpitaux que vous venez de conspuer, vous n'hésiteriez pas longtemps. Mais vous même, à la première bronchite, que vous prenez pour un coryza, vous verrez.....

SIMPLISSIME.

naire, dont l'aiguille aura été stérilisée pour éviter tout accident. L'aiguille est enfoncée dans la couche superficielle des fongosités, sous l'aponévrose, ou dans le périoste, pour la partie profonde; au genou, par exemple. Il est ainsi déposé, en 4 ou 5 piqûres profondément sur la demi-circonférence du cul-de-sac supérieur, 8 à 10 gouttes de solution pour le genou d'un enfant de 10 ans; il en faudrait un tiers en plus ou près du double pour un adulte. On évitera d'injecter la solution dans la cavité articulaire.

Les injections aurent lieu dans les régions d'où les synoviales tirent leurs vaisseaux, c'est-à-dire, avant tout, sur les os au niveau des culs-de-sac, là où se trouvent ordinairement les vaisseaux articulaires et aussi ceux qui viennent des épiphyses, puis on injectera les fongosités le long des gros ligaments.

De même, dans le traitement des adénites, les injections seront faites autour des ganglions malades.

Résultats. — Ceux-ci varient suivant l'état des lésions. M. Lannelongue les divise en trois groupes :

1° *Tuberculoses non ouvertes et non suppurées.* — Douleur primitive assez vive chez quelques sujets; chez d'autres, elle s'éteint très vite; gonflement marqué des parties malades et des parties voisines; rougeur de la peau qui devient luisante, tels sont les phénomènes immédiats consécutifs à l'injection; au bout de deux ou trois jours, la peau reprend sa couleur. En même temps, les tissus fongueux ont une consistance plus grande, ligneuse et même osseuse dans les points où le périoste a été injecté; puis, au bout d'un certain temps, il y a une tendance marquée vers le retour à un tissu conjonctif plus lâche et la synoviale reprend sa souplesse, ainsi que nous l'avons constaté chez plusieurs sujets, qui depuis ont été présentés à l'Académie. Il y a une élévation de température d'un degré environ après les injections. Le poids du malade augmente.

2° *Tuberculoses non ouvertes et suppurées.* — M. Lannelongue les ouvre, les lave en y faisant passer un courant d'eau stérilisée, les draine comme des abcès ordinaires, et pratique les injections à leur périphérie.

3° *Tuberculoses ouvertes.* — Ces cas sont toujours suppurés, mais ils sont ou simples, et alors ils rentrent dans la catégorie précédente, ou compliqués de séquestres osseux, de raréfactions osseuses épiphysaires, de cavernes osseuse. Dans ces derniers cas, les injections amènent un certain degré d'inflammation subaiguë des lésions indiquant les limites des tissus malades; il faut alors faire l'ablation des parties nécrosées, mortifiées, et alors seulement la guérison est possible. Mais on ne pratique les opérations qu'après la sclérose des parties molles.

Il va de soi qu'avant d'appliquer la méthode, on doit redresser les membres et veiller à leur conserver une bonne attitude pendant la période de réaction. Pour aider le dégorgement des parties, on fait la compression ouatée, c'est-à-dire élastique, deux ou trois jours après les injections.

En trois mois, 20 malades atteints de tuberculoses externes ont été traités par la méthode sclérogène. En voici les résultats :

1° *Tuberculoses non suppurées et non ouvertes.* — Je trouve 6 genoux, 2 plaques fongueuses thoraciques, 1 coude, 1 adénite, 1 cou-de-pied, en tout 11 cas. Dans tous ces faits, la sclérose des fongosités ou des produits tuberculeux a été promptement obtenue. Deux sujets atteints de tumeurs blanches du genou se lèvent et marchent toute la journée depuis plus d'un mois, avec toutes les fonctions et même la forme conservées. Un autre,

injecté depuis moins longtemps, se lève. Sur les trois derniers, l'un est sur le point de marcher, et deux autres n'ont été traités que le 4 et le 13 juin; l'un d'eux n'a été injecté qu'une fois. Je considère que la transformation est accomplie dans tous les cas; les genoux ont des mouvements, et j'espère qu'avant peu les sujets marcheront.

Chez deux malades, les lésions du thorax sont depuis longtemps terminées; le coude jouit de tous ses mouvements et enfin la tibio-tarsienne attend que je lui permette de marcher; dans les deux adénites, les ganglions ont diminué des trois quarts et sont adhérents aux tissus voisins.

2° *Tuberculoses suppurées et non ouvertes.* — On compte dans ce groupe: 2 tumeurs blanches tibio-tarsiennes, 2 spina ventosa, 3 adénites, en tout 7 cas. Dans les deux genoux, la sclérose est complète; chez l'un d'eux, j'ai réséqué une partie de la synoviale, et, chez l'autre, j'ai dû gratter un noyau fémoral.

Les tumeurs blanches tibio-tarsiennes, injectées seulement le 19 et le 23 juin, sont dans la meilleure voie. Les 2 spina ventosa sont guéris. Le traitement a révélé de la suppuration et de gros foyers caséeux dans les adénites; on a dû ouvrir les foyers purulents et extirper les ganglions; les sujets sont aujourd'hui guéris.

3° *Tuberculoses suppurées et ouvertes.* — Ce troisième groupe comprend 2 ostéo-arthrites tuberculeuses tibio-tarsiennes, toutes les deux à une phase des plus avancées, l'un étant un cas évident d'amputation. Le traitement de cette dernière a commencé le 15 mai; mais elle est en bonne voie, ainsi que l'autre.

Tels sont les résultats fournis par la nouvelle méthode. On remarquera qu'il y a encore bien des lésions tuberculeuses externes qui n'y sont pas représentées, en particulier la coxo-tuberculose et l'orchite tuberculeuse, et peut-être serait-on tenté de blâmer M. Lannelongue d'avoir fait connaître trop tôt sa méthode de traitement. On pourrait lui reprocher d'avoir laissé encore trop de questions sans solution, et de n'avoir pas attendu assez longtemps pour les résoudre et pouvoir donner un travail complet. Mais on sait combien sont grandes les difficultés d'un pareil travail. En donnant la technique de sa méthode, et en signalant lui-même les lacunes laissées dans son travail, il a voulu permettre à tous de s'associer à ses recherches, convaincu que la solution désirée n'en sera que plus rapide. — L.-H. P.

Traitement du torticolis spasmodique par la résection du nerf spinal (1)

Par le docteur L.-H. Petit.

Procédé de Keen. — Le professeur Keen (de Philadelphie) a étudié récemment avec soin la question de la section des nerfs cervicaux dans le torticolis spasmodique et a publié un important mémoire dans lequel il donne les règles qui permettent au chirurgien de diviser les branches postérieures des trois premiers nerfs cervicaux, de sorte qu'on puisse agir sur les principaux muscles postérieurs du cou qui tournent la tête et en corriger le spasme (2).

1er temps. — Le champ opératoire ayant été lavé et désinfecté, on fait une

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.
(2) W. Keen, *Annals of Surgery*, janvier 1891, t. XIII, p. 44.

incision transversale à environ un demi-pouce au-dessous du niveau du lobule de l'oreille, à partir de la ligne médiane du cou en arrière, ou même empiétant légèrement sur la ligne médiane. Cette incision doit avoir deux pouces et demi à trois pouces de long.

2e temps. — Diviser le trapèze transversalement.

3e temps. — En disséquant le trapèze, on trouve le nerf grand occipital lorsqu'il émerge du complexus et entre dans le trapèze. Dans le complexus est une aponévrose intra-musculaire. Le nerf émerge du complexus en un point situé entre cette aponévrose et la ligne médiane, d'ordinaire à environ un demi-pouce au-dessous de l'incision, mais quelquefois plus haut, et entre alors dans le trapèze. Ce nerf a toujours le volume d'un gros catgut et on le trouve facilement quand il est à sa place normale.

4e temps. — Divisez le complexus transversalement au niveau du nerf. Cette incision doit être faite à petits coups répétés, afin de ne pas couper le nerf qui sert de guide, après quoi on dissèque le nerf plus loin de la face antérieure du complexus, où il naît de la branche postérieure de la deuxième paire cervicale. Coupez alors, ou plutôt réséquez une portion de la branche postérieure avant la naissance du grand occipital, afin de comprendre dans la section les filets du muscle oblique inférieur. On divise ainsi le deuxième nerf cervical.

5e temps. — On reconnaît le muscle oblique inférieur en suivant le nerf sous-occipital vers le rachis. Le nerf passe immédiatement sous le bord du muscle.

6e temps. — On reconnaît le triangle sous-occipital formé par les deux muscles obliques et le grand droit postérieur de la tête. Dans ce triangle se trouve le sous-occipital près de l'occiput. On le suit jusqu'au rachis et on le divise, ou, mieux, on l'excise. On divise ainsi le premier cervical.

7e temps. — Un pouce au-dessous du grand occipital, et sous le complexus, est la branche externe de la division postérieure du troisième nerf cervical, allant au splénius. Lorsqu'on l'a trouvée, on la divise ou on l'excise près de la bifurcation du tronc principal. On divise ainsi le troisième nerf cervical.

Tels sont les divers procédés que l'on peut employer pour pratiquer les résections nerveuses dans le traitement du torticolis spasmodique. C'est le procédé par la voie antérieure qui a été le plus souvent employé. L'exemple de Southam, qui l'a mis en pratique sur sept malades, est un puissant argument en sa faveur. C'est celui que recommandent ausssi Bradfort et Lovett.

Soins consécutifs. — Le nerf spinal réséqué et la plaie guérie, tout n'est pas terminé. Il faut lutter encore contre la paralysie du sterno-mastoïdien et du trapèze, contre la contracture des autres muscles rotateurs du cou, et, chez plusieurs malades, il a fallu tenir compte aussi d'un certain degré de rétraction permanente du sterno-mastoïdien, causée par la longue durée de l'affection.

La paralysie du sterno-mastoïdien n'a pas demandé de soins spéciaux; à la vérité, on a fait porter aux malades un collier rigide, mais celui-ci était destiné, dans la pensée du chirurgien, à remédier plutôt aux spasmes persistant après la section du spinal, qu'à la paralysie du sterno-mastoïdien. Quoi qu'il en soit, le port d'un collier rigide est utile et devra être recommandé.

Contre la rétraction du sterno-mastoïdien, qui, dans plusieurs cas, a rendu difficile le redressement de la tête, on a pratiqué le massage et on a fait porter au malade un collier rigide; on pourrait employer dans le même but l'appareil de Sayse muni de bandes de caoutchouc agissant en sens inverse des muscles affectés de spasmes.

Dans un cas, on a voulu combattre, par les courants faradiques, les spasmes restés après la section du nerf; mais on n'a obtenu qu'une aggravation du mal et on a dû aussitôt les cesser.

Le traitement consécutif doit être continué pendant de longs mois; car les spasmes persistant après la section des nerfs ont duré six mois et plus, diminuant peu à peu jusqu'à la guérison complète.

L'atrophie terminale des muscles innervés par le nerf réséqué doit plaider encore en faveur du port prolongé, sinon indéfini, d'un appareil de soutien.

Résultats. — Dans la presque totalité des observations que nous avons recueillies, les phénomènes consécutifs à la section du nerf spinal ont été à peu près les mêmes. On peut les résumer de la manière suivante :

Au moment où le sujet était complètement anesthésié par le chloroforme, les spasmes ont cessé; aussi l'opération a-t-elle pu se faire sans les difficultés prévues par Stromeyer en 1837. Afin de savoir si c'était bien le nerf spinal qu'on avait coupé, un seul moyen s'offrait, c'était l'excitation du bout périphérique. Un seul chirurgien a songé à employer ce moyen, c'est Rivington, qui a mis ce bout en relation avec un courant électrique : une violente contraction du sterno-mastoïdien lui apprit qu'il ne s'était pas trompé.

Lorsque le sujet s'est réveillé, après l'opération, le sterno-cléido-mastoïdien et une partie du trapèze étaient paralysés, et cependant les spasmes existaient encore, quoique diminués; mais ils n'étaient plus dus à la contraction de ces muscles; c'étaient les autres muscles rotateurs de la tête, animés par des filets du plexus cervical, qui agissaient alors. Néanmoins, dans un certain nombre de cas, les spasmes diminuèrent peu à peu et finirent par cesser complètement; dans d'autres, ils s'amoindrirent sans disparaître en entier; dans d'autres, l'amélioration ne fut que passagère, et l'affection reprit bientôt toute son intensité.

Sur nos 26 cas, nous avons ainsi :

Guérison : 13 fois. (Obs. II, V, VI, VII, VIII, XI, XII, XIII, XV, XVI, XVIII, plus un cas de Reeves et un de Richardson.)

Amélioration considérable : 7 fois. (Obs. XVII, XIX, XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV.)

Amélioration moins marquée : 2 fois. (Obs. III et IV.)

Amélioration passagère : 3 fois. (Obs. I, X, XIV.)

Mort d'érysipèle phlegmoneux : 1 fois. (Obs. IX.)

Ce dernier cas est le seul dans lequel on ait signalé un accident consécutif à l'opération.

Assurément ces résultats sont très encourageants, puisque, sur 26 cas, 20 malades ont été ou complètement guéris ou tellement améliorés qu'ils ont pu reprendre leurs occupations; ainsi sont justifiés les chirurgiens qui ont pratiqué la résection nerveuse dans le traitement du torticolis spasmodique.

Ces résultats sont-ils supérieurs à ceux qu'a donnés la distension? Pour pouvoir répondre, il nous faudrait recueillir un nombre égal de cas, ce

qu'il nous a été impossible de faire; d'autre part, nous ferons remarquer que plusieurs malades, chez lesquels l'élongation n'avait rien produit, ont guéri ou ont été très améliorés par la résection, ce qui semblerait indiquer la supériorité de cette dernière.

Ces opérations, en permettant d'examiner directement les nerfs qui se rendaient aux muscles affectés, ont-elles éclairé les opérateurs sur la cause des spasmes, sur les lésions probables de ces nerfs? Nous devons reconnaître que peu d'auteurs ont songé à ce point de la question.

Ballance dit avoir examiné au microscope le fragment de nerf excisé l'avoir trouvé normal.

Dans la relation du cas de M. Rievington, l'intention y fut, mais non le ait. Le cerveau et la moelle ont été examinés avec soin par le docteur Jackson, le docteur Sutton et M. Rivington, et ont été mis de côté par le docteur Sutton pour être examinés au microscope. Malheureusement les pièces paraissent avoir été oubliées ou perdues, car aucune note les concernant n'a pu être retrouvée. D'après la fermeté de la moelle dans la région cervicale, soit dans son intégrité, soit dans les coupes qu'on en fit, M. Rivington fut d'avis qu'elle était sclérosée, et le docteur Sutton pensa que cela était très probable.

Ces renseignements sont les seuls que nous ayons trouvés sur les lésions des nerfs et de la moelle dans le torticolis spasmodique, point pourtant très intéressant, Nous appelons sur lui l'attention des chirurgiens qui pratiqueront à l'avenir la résection nerveuse dans cette affection.

Chez sa malade, M. Tillaux a cherché « quels pouvaient être, au point de vue physiologique, les résultats de la section de son nerf spinal. C'est là, on le sait, un point de physiologie qui a été tout particulièrement étudié par Cl. Bernard, et l'on sait que l'illustre professeur du Collège de France avait fait du spinal un nerf jouant un rôle capital dans la phonation, non seulement par sa branche interne, mais encore par sa branche externe qui nous occupe en ce moment. Cette branche animant le sterno-mastoïdien et le trapèze servirait à prolonger la dilatation de la poitrine dans l'expiration sonore, dans le chant. Or, la malade n'a rien éprouvé du côté de la voix; l'opération ne peut donc servir à éclairer la question de physiologie; mais elle démontre qu'on peut faire cette opération sur le vivant, qu'elle est facile, inoffensive, et qu'elle peut produire de bons résultats. »

Cette impression de M. Tillaux sur la résection du nerf spinal était justifiée au moment où il écrivait ces lignes; elle ne l'était plus au bout de quelques mois, en ce qui concerne sa malade, dont l'état était redevenu le même qu'avant l'opération. Cependant elle est exacte d'une manière générale, si nous considérons les résultats obtenus dans les 26 observations que nous avons réunies, et sur lesquels nous baserons les conclusions suivantes :

1° Dans les cas de torticolis spasmodique, dans le traitement desquels on aura essayé en vain les modes de traitement qui ont, dans d'autres cas, amené la guérison (antispasmodiques, narcotiques, révulsifs, courants continus, élongation du spinal), on est autorisé à pratiquer la résection du nerf spinal.

2° Cette opération est facile, inoffensive, et peut produire de bons résultats dans la plupart des cas (20 sur 26).

3° Le procédé qui paraît préférable est celui qui consiste à faire l'incision

suivant le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, en partant du sommet de l'apophyse mastoïde.

4° La guérison est rarement immédiate; il reste encore pendant un certain temps des mouvements spasmodiques produits non par la contraction du sterno-mastoïdien et du trapèze, qui sont paralysés, mais des autres muscles du cou rotateurs de la tête. Ces mouvements secondaires diminuent peu à peu et finissent par disparaître soit en totalité, soit en partie seulement.

5° Lorsque ces mouvements persistent, on peut avoir recours à la résection, soit du filet du facial, soit des branches postérieures des nerfs cervicaux, d'après les procédés indiqués par Noble Smith et Keen.

6° Après l'opération, il est nécessaire, pour compléter la cure, d'employer le massage des muscles encore contracturés et le port d'un appareil de maintien pour la tête. Cet appareil devra être porté plusieurs mois, une année même, et plus encore si besoin est, suivant les résultats obtenus.

REVUE DES JOURNAUX

Echinocoque multiloculaire du foie, par le docteur H. Vierordt (*Berlin. Klinik*, 1890, octobre). — La lésion anatomique de cette maladie, décrite par Virchow le premier sous le nom de tumeur à échinocoques ulcérante multiloculaire du foie, est caractéristique. On trouve une hypertrophie plus ou moins considérable de l'organe qui adhère aux parties voisines, une dureté extraordinaire cartilagineuse ou pierreuse et une surface bosselée. A l'intérieur, on constate l'existence d'une cavité ulcéreuse irrégulièrement sphérique, remplie de liquide brunâtre ou coloré par la bile. La cavité se produit par fonte progressive de petits alvéoles (échinocoque alvéolaire) remplis d'une masse gélatineuse. Le passage du tissu sain au malade est diffus, il ne se fait pas d'encapsulement. Le lobe droit du foie est de préférence le siège de la tumeur. Les métastases dans les poumons sont fréquentes.

Le microscope montre que les masses gélatineuses sont des enveloppes plus ou moins bien conservées de vésicules d'échinocoques, on y trouve des crochets et des scolex.

Les premiers phénomènes de la maladie consistent en douleurs gastriques; puis il survient en général de l'ictère avec de l'hypertrophie du foie et de la rate. Le foie est donc bosselé et peu sensible à la pression.

Plus tard, on voit de l'œdème et de l'ascite.

Fièvre fréquente, mais en général de faible intensité.

La durée de la maladie atteint en moyenne un à deux ans. L'âge moyen fournit le contingent principal des malades, qui se répartissent à peu près également sur les deux sexes. C'est en Suisse, en Bavière et en Wurtemberg, que la maladie a été le plus souvent observée jusqu'ici,

L'échinocoque multiloculaire est le ver à vésicule du tænia qui se trouve chez le chien et il doit son espèce propre à la prolifération exogène avec formation de bourgeons et séparation consécutive.

Le diagnostic différentiel se fait avec le cancer du foie, la cirrhose, la syphilis et l'échinocoque hydatique, et éventuellement avec la pyléthrombose et les calculs biliaires.

Le traitement opératoire offre peu de ressources. — O. W.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 juin 1891. — Présidence de M. Dubuc, vice-président.

Le procès-verbal est lu et adopté.

La Société reçoit les journaux et revues de la quinzaine :

La *Revue de thérapeutique*, nos 1-2; — Une brochure de M. le docteur Dignat : *A propos de la déclaration médicale obligatoire des maladies épidémiques;* — De MM. les docteurs Moncorvo et Clemente Feireira (de Rio-Janeiro) un mémoire sur le *traitement de la syphilis infantile par les injections sous cutanées de sels mercuriels.*

M. le docteur Rodet, médecin consultant à Vittel, écrit pour demander le titre de membre correspondant, et envoie, à l'appui de sa candidature, deux brochures. (Commission : MM. Duroziez, Polaillon et Wickham, rapporteur.)

M. Fraigniaud offre de la part de M. Pineau (d'Oloron), membre correspondant, une brochure sur l'*opportunité de créer dans l'île d'Oloron un sonatorium maritime.*

M. Dubuc communique l'observation suivante :

Cystite consécutive à un érysipèle de la face et d'origine probablement microbienne. — M. S..., 73 ans, vu par moi le 28 septembre 1891, se plaint de douleurs au niveau du cuir chevelu et en arrière des oreilles.

Depuis un an, il se réveille au milieu de la nuit en éprouvant de la difficulté à uriner. L'urine est entièrement limpide.

Le 1er octobre, tout le dos du nez est envahi par un érysipèle qui, latéralement, gagne déjà les joues. Je fais badigeonner la surface érysipélateuse avec le glycérolé de tannin à 1/10°.

Le 24 octobre, le malade est depuis quelques jours convalescent de son érysipèle; il reste quelques pustulettes sur le dos du nez. Il me dit que, chaque nuit, il se réveille à cinq heures du matin avec le besoin d'uriner, et qu'à partir de ce moment il est obligé d'uriner de demi-heure en demi-heure. L'urine est à peine trouble.

Le toucher rectal permet de constater une augmentation notable de volume et de consistance de la prostate (hypertrophie simple).

Le sondage, pratiqué immédiatement après la miction, ramène environ 50 grammes d'urine à peine trouble. Ce sondage est suivi d'un lavage avec la solution boriquée tiède.

Les jours suivants, la cystite, qui n'était qu'à son début, le 24 octobre, se confirme et s'aggrave; les besoins sont incessants, douloureux; l'urine est chargée de pus. Bref, le malade a été en proie à une cystite purulente des plus pénibles, qui, au bout d'un mois, n'était pas encore entièrement guérie.

Mon intention, dans cette note, n'est pas d'insister sur les moyens qui m'ont servi à combattre la cystite, et, finalement, à en triompher, mais d'appeler l'attention sur l'étiologie probable de cette inflammation intense de la vessie survenue chez un prostatique pendant la convalescence d'un érysipèle de la face.

Je suis très disposé à considérer cette cystite comme de nature microbienne et occasionnée par le streptocoque de l'érysipèle présent dans la circulation sanguine et éliminé par la voie rénale. Il aurait fallu constater directement la présence du streptocoque dans l'urine; mais, dans la pratique civile, ces recherches sont difficiles en raison du manque de temps et d'outillage.

En faveur d'une cystite microbienne, je puis citer les analogies; on a vu la cystite survenir dans le cours ou à la fin des maladies microbiennes : fièvre typhoïde, fièvres éruptives, érysipèle ou bien à la suite de suppurations localisées dans des régions éloignées de l'appareil urinaire.

Le mécanisme de ces cystites ou des néphrites qu'on rencontre parfois dans les mêmes circonstances est facile à comprendre, si on admet que l'agent infectieux présent dans la circulation sanguine est éliminé par le rein.

Tout me porte à croire qu'ici les choses se sont passées suivant le mode que je viens d'indiquer.

— M. Polaillon lit une note *sur le traitement de l'orteil en marteau par la résection articulaire.*

L'*orteil en marteau* a des causes nombreuses : contracture des extenseurs, paralysie des fléchisseurs, malformation congénitale de l'orteil; causes sur lesquelles je ne veux

pas insister. Mais, le plus souvent, l'orteil en marteau est produit par une chaussure trop serrée qui, en rapprochant violemment les orteils les uns des autres, chasse l'un d'eux hors du rang, le fléchit et l'incurve.

Beaucoup de personnes portent des orteils en marteau, presque sans s'en douter, si elles n'en souffrent pas. Mais, dans certains cas, la déformation se complique d'un durillon si douloureux, qu'il faut y porter remède par une opération.

Ce qui caractérise l'orteil en marteau, c'est une incurvation de l'orteil, la première phalange étant relevée en extension, la deuxième et la troisième phalange s'étant fléchies, de telles sorte que l'extrémité unguéale de l'orteil appuie sur le sol. Il en résulte un angle saillant au niveau de l'articulation de la première avec la seconde phalange. En ce point, la pression de la chaussure développe ordinairement un durillon ou cor. Et ce durillon devient parfois le siège de douleurs excessives qui gênent ou empêchent la marche. A l'extrémité de l'orteil, qui appuie sur le sol, on voit aussi se produire un durillon, dont la douleur vient encore augmenter l'impotence du patient.

Ce dernier emploie toutes espèces de topiques pour guérir ces durillons. Il les abrase ou les fait enlever. Mais le soulagement n'est que momentané. La déformation de l'orteil persiste, et sur la saillie que je viens de signaler un cor se développe perpétuellement. Un nouveau cor se développe aussi à l'extrémité de l'orteil. Mais le cor de la saillie dorsale est toujours celui qui est de beaucoup le plus douloureux.

Pour guérir l'orteil en marteau et les cors qui l'accompagnent, il faut redonner à l'orteil une attitude rectiligne, de manière à faire disparaître la saillie dorsale.

On a pu croire qu'on atteindrait le but par la section du tendon extenseur ou du tendon fléchisseur et par le redressement orthopédique de l'orteil. Mais ce traitement est fort long et ordinairement illusoire.

Le moyen le plus simple et le plus efficace est de réséquer les extrémités articulaires de la première et de la deuxième phalange, dans une étendue suffisante pour bien redresser l'orteil. Pendant cette résection, on emporte complètement le durillon. Puis on fait la suture de l'incision cutanée.

Cette opération est d'origine récente. Je l'ai pratiquée plusieurs fois avec un plein succès.

Permettez-moi de vous en citer ici deux exemples :

1° Un garçon de 19 ans avait, sur le petit orteil droit, un durillon assez douloureux pour empêcher la marche et l'obliger à entrer dans mon service de la Pitié. En l'examinant, il était facile de voir que cet orteil présentait la déformation en marteau. La pression de la chaussure avait produit sur la saillie dorsale, au niveau de l'articulation, entre la première et la deuxième phalange, le cor habituel.

Après avoir circonscrit le cor par deux incisions curvilignes allant jusqu'aux os, l'articulation est ouverte. L'extrémité antérieure de la première phalange fait saillie. Je la résèque avec une pince coupante. L'extrémité postérieure de la deuxième phalange est ensuite réséquée de la même manière, en ayant soin de ne pas couper le tendon fléchisseur. Cela fait, trois points de suture avec crins de Florence réunissent transversalement la peau. Il faut avoir la précaution de passer les crins profondément en rasant les os, de manière à comprendre, dans la suture, le tendon extenseur et les tissus fibreux.

Au bout de trois semaines, la guérison était complète.

2° Un autre malade, ayant voulu porter des chaussures trop étroites, se donna, à chaque pied, une déformation en marteau du deuxième orteil, avec un corps très douloureux.

Je lui fis subir, dans la même séance, à chaque orteil, l'opération que je viens de décrire, et le résultat fut aussi satisfaisant.

Le traitement de l'orteil en marteau par la résection articulaire et l'ablation du cor donne une guérison complète et définitive. En effet, l'orteil garde sa direction rectiligne, soit qu'il y ait soudure osseuse au niveau de la résection, soit qu'il se forme une pseudarthrose en ce point. La saillie dorsale n'existant plus, le corps n'a plus de tendance à se reformer. L'orteil est, en outre, raccourci, et son extrémité ne vient plus buter contre l'extrémité de la chaussure. Tous les opérés, que j'ai observés, marchaient

facilement, et étaient à l'abri de nouveaux accidents, pourvu qu'ils voulussent porter des chaussures bien conformées et hygiéniques.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

FORMULAIRE

Injections contre l'anthrax. — Arnoldow.

Bichlorure de mercure........................	0 gr. 10 centigr.
Eau phéniquée à 5 p. 100........................	25 grammes.

Faites dissoudre. — Injecter une ou deux fois par jour, dans l'épaisseur de l'anthrax, le contenu de deux seringues de Pravaz de cette solution. — Laver soigneusement la tumeur avec une solution de sublimé à 1 ou 2 p. 100, la recouvrir de gaze au sublimé et de compresses phéniquées. — N. G.

COURRIER

Les concours des clinicats se sont terminés par les nominations suivantes :

Clinique médicale : MM. Lyon, Lion et Vaquez. — Clinique des maladies du système nerveux : M. Dutil. — Clinique des maladies syphilitiques et cutanées : M. Hudelo, titulaire ; M. Wickham, adjoint. — Clinique des maladies mentales : M. Pactet.

— Le concours pour deux places de chef de clinique chirurgicale, près la Faculté de Bordeaux, s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Barret de Nazaris et Faye.

— M. le docteur Stapfer, ancien chef de clinique d'accouchement de la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'une mission en Suède, à l'effet d'y étudier les méthodes employées dans le traitement des maladies obstétricales.

— M. le docteur Gouguenheim est nommé professeur de physiologie et d'hygiène de la voix au Conservatoire.

F. Hebra. — L'Université de Vienne vient de faire ériger très solennellement le buste de Ferdinand Hebra et l'a fait placer dans la salle d'honneur du palais académique. M. Kaposi, qui est à la fois son élève et collaborateur, son gendre et son successeur dans la chaire qu'il a illustrée, a été chargé de prononcer l'éloge du célèbre dermatologiste. Il a retracé la vie de ce savant et il a rappelé tous les progrès qu'il avait fait faire à l'étude des maladies cutanées. (*Bull. méd.*)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cailliot, médecin du service colonial ; Duponchel, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse ; Victor Fagot, médecin aide-major de l'hôpital mixte de Toul, décédé à Pont-à-Mousson ; Girard, médecin en chef de la marine en retraite.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Conférences sur le traitement des affections hépatiques.

PREMIÈRE LEÇON.

Du foie antiseptique (considérations physiologiques),

Par le docteur Dujardin-Beaumetz,

Membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Cochin.

Messieurs,

Considérations générales. — Je désire consacrer, cette année, mes leçons de clinique thérapeutique à des considérations générales sur les maladies du foie. C'est là un sujet d'étude qui offrira, je l'espère, quelque intérêt pour vous et dont vous tirerez des résultats utiles à votre pratique, et je commencerai, si vous le voulez bien, par quelques considérations générales.

Le volume de la glande hépatique a attiré depuis bien longtemps l'attention des observateurs; les Chinois, frappés de la coloration de cette glande, attribuaient toutes les modifications de coloration de la peau à des troubles ayant leur origine dans le foie. Dans l'antiquité grecque, c'était d'après l'aspect du foie des animaux immolés que les aruspices basaient leurs prédictions. Platon en avait fait le siège des désirs et Hippocrate l'origine des veines. C'est Galien qui attribua au foie le rôle le plus important; d'après lui, cet organe fournissait au sang les sucs nutritifs nécessaires à sa formation; de plus, il sécrétait non seulement la bile, mais l'atrabile; aussi toutes les maladies dyscrasiques étaient, pour le médecin de Pergame, sous la dépendance d'une altération hépatique.

N'oubliez pas, en effet, que les médecins de l'antiquité grecque observaient très fréquemment ces troubles du côté du foie. Les congestions hépatiques sont fréquemment observées dans cette partie de notre continent, et, encore aujourd'hui, les médecins grecs signalent la fréquence des états bilieux comme compliquant les maladies phlegmasiques.

Jusqu'au xviie siècle, on vécut sur les idées du médecin de Pergame, et l'on fit jouer à la bile, et à l'atrabile surtout, un rôle prépondérant dans la pathogénie des affections humorales. Mais la découverte que fit, le 23 juin 1622, dans l'amphithéâtre d'anatomie de Pavie, le professeur Gaspard

Aselli (de Crémone) vint reléguer les fonctions du foie à un rang absolument inférieur.

Aselli venait de découvrir, en ouvrant un chien vivant, les vaisseaux chylifères, et persuadé de l'importance de cette découverte, il s'était écrié : « Eurêka! » à l'exemple d'Archimède. Et, désormais, on attribua à ces vaisseaux chylifères le rôle si important qui, jusque-là, avait été attribué au foie.

Malgré Paracelse et Boerhaave, qui reprennent les idées de Galien et veulent du foie faire un cœur abdominal, ces idées ne trouvent pas d'écho, et le foie, considéré comme un simple organe excréteur de la bile, n'occupe plus qu'un rang absolument inférieur dans le système glandulaire de l'économie.

Cependant, l'anatomie pathologique avait signalé, à titre de curiosité, quelques faits intéressants. Mais c'étaient des cas isolés, et il faut arriver jusqu'au milieu de XVIII[e] siècle pour avoir le premier traité s'appliquant particulièrement à l'étude des maladies hépatiques; ce traité est dû à Bianchi et date de 1725; il était intitulé : *Historica hepatica.* A partir de ce moment, nous voyons, en Angleterre, paraître successivement les traités de Saunders, en 1768; de Bath, en 1777; et, enfin, le premier traité français paraît en 1812, et il est dû à Portal. Ce traité est des plus médiocres, et c'est plutôt une reproduction des travaux anglais qu'un travail original de l'auteur.

Depuis, des travaux très importants ont été faits sur la pathologie du foie. Frerichs, en Allemagne; Murchinson, Harley, Robert Saumby, en Angleterre; Charcot, Hanot, Gilbert, Chauffard, en France, nous ont fourni des données précises sur la pathologie hépatique qui seront utilisées dans le cours de ces leçons.

Mais n'attendez pas de moi des leçons de thérapeutique sur toutes les affections hépatiques ; je renvoie à cet égard à ce que j'en ai déjà dit dans ma *Clinique thérapeutique.* Dans ce cours, je me propose tout autre chose; me basant sur les récentes découvertes que la physiologie a faites sur les fonctions hépatiques, je vous donnerai dans des considérations générales les conclusiens cliniques et thérapeutiques qui s'imposent après de pareilles recherches.

Ces travaux physiologiques ont rétabli le foie au rang qu'il doit occuper, et, si l'on peut dire que si, par son volume et son poids, il occupe la première place parmi les glandes, il faut reconnaître que cette première place ne peut lui être disputée par aucun autre système glandulaire. Le foie a donc repris aujourd'hui la haute importance que Galien lui avait attribuée.

Considéré dans son ensemble, le foie accomplit deux grandes fonctions : c'est une glande digestive, c'est une glande sanguine. Comme organe digestif, le foie est le siège des importantes fonctions que voici : c'est une barrière interposée entre le tube digestif et le reste de l'économie pour arrêter et détruire les alcaloïdes et les toxines que la thérapeutique ou l'alimentation introduisent dans le tube digestif. C'est donc un organe antiseptique.

C'est, de plus, un organe chargé de la sécrétion de la bile, qui, comme vous le verrez, joue un rôle si considérable dans le fonctionnement régulier du tube digestif. Enfin, c'est l'organe d'une fonction qui lui est propre, à savoir de régler la glycémie physiologique, c'est-à-dire de fournir au sang le chiffre nécessaire de glycose pour le fonctionnement de la vie.

On pourrait encore, à toutes ces grandes fonctions, en ajouter une autre, celle qui régit l'absorption et la production de la graisse.

Comme organe sanguin, non seulement le foie peut être considéré comme un cœur abdominal; mais, encore, il joue un rôle important au point de vue des globules et dans la production des combustions et de la chaleur animale, c'est-à-dire dans la production de l'urée.

Ainsi donc, en résumé, pris au point de vue de ses fonctions digestives, nous aurions à étudier un foie antiseptique, un foie biliaire, un foie glycogène et un foie adipogène.

Au point de vue de ses fonctions sanguines, nous aurions à examiner un foie hématopoiétique et un foie calorigène.

Je me propose d'étudier chacune de ces fonctions du foie prise à part, et je commencerai par le foie antiseptique. Je laisserai dans l'ombre le foie adipogène; mais j'insisterai très longuement sur le foie antiseptique, le foie biliaire, le foie glycogène et le foie sanguin.

Chacune de mes leçons sera divisée en deux parties. Dans l'une, j'étudierai sur quelles bases physiologique et anatomique peut être édifiée la fonction que j'attribue au foie; puis, dans une seconde partie, nous en tirerons des conclusions cliniques et thérapeutiques.

Comme vous le voyez, c'est la marche que j'ai adoptée dans ma *Clinique thérapeutique* que je continue à suivre. Le succès de ces leçons, qui atteignent, au moment où je fais ces conférences, leur sixième édition, montre que c'est là une voie scientifique, qui permet d'étudier et d'établir sur des bases sérieuses cette partie de la thérapeutique à laquelle j'ai consacré une partie de ma vie, la clinique thérapeutique.

DU FOIE ANTISEPTIQUE.

Lorsqu'on embrasse d'un coup d'œil général les diverses phases par lesquelles est passée cette question du foie destructeur des poisons, on voit que nous pouvons distinguer trois périodes. Dans la première, ce sont les poisons minéraux qu'on étudie plus particulièrement. Orfila, puis Paganuzzi, Lussana, montrent que les poisons minéraux s'accumulent dans le foie : arsenic, plomb, mercure, fer, sont retrouvés dans la glande hépatique, et, à partir de cette époque, la médecine légale s'empresse de recueillir le foie dans les autopsies judiciaires pour y retrouver le poison que l'on suppose avoir été administré.

Dans une deuxième période, qui commence, en 1877, par les travaux de Schiff, d'Hegger, puis de Jacques, on constate l'action destructive du foie sur certains alcaloïdes végétaux, tels que la curarine, la daturine, la morphine, la strychnine, etc.

Enfin, dans une dernière période, ce ne sont plus simplement les alcaloïdes végétaux qui sont anéantis, mais ce sont les toxines et les toxalbumines que le foie détruit avec une extrême rapidité, et c'est ici que se placent les importants travaux de Bouchard et la remarquable thèse de son élève Roger (1), qui date de 1886, et à laquelle j'emprunte la plupart des faits qui servent de base à cette leçon.

Quels sont les modes opératoires que les physiologistes ont mis en œuvre pour étudier cette action spéciale du foie sur les poisons? Ces procédés sont nombreux et peuvent se résumer en trois groupes.

(1) Roger, *Action du foie sur les poisons.* (Thèse de Paris, 1886.)

Le plus primitif de ces procédés, celui qui fut mis en œuvre par Orfila, consistait à analyser le parenchyme hépatique et à y rechercher le métal, cause de l'intoxication.

Schiff a employé un procédé beaucoup plus physiologique : il injectait comparativement les substances alcaloïdiques médicamenteuses par les veines de la circulation générale et par les veines de la circulation porte; il montrait alors la différence qui existait au point de vue toxique dans les doses administrées par ces deux voies. Il employait surtout ce procédé chez le lapin et chez le chien.

Pour les animaux inférieurs, la grenouille, par exemple, Schiff employait un autre procédé tout aussi ingénieux. C'était de priver la grenouille de son foie, opération relativement facile et qui permet la survie de l'animal pendant trois ou quatre jours. Il comparaît alors l'action toxique des alcaloïdes végétaux chez les grenouilles saines et chez celles privées de leur foie.

Les expérimentateurs belges Hegger et Jacques ont employé un tout autre procédé, celui des circulations artificielles de Ludwig. Voici comment il procédait :

Immédiatement après avoir sacrifié un chien et lié la veine porte, ainsi que la veine cave inférieure, on pratique l'ablation du foie, en conservant la portion de côte et de rachis qui lui est adhérente, de même que le diaphragme, et c'est cet organe ainsi détaché que l'on place sur un support au travers duquel on fait passer un courant d'eau ou de sang, et l'on examine alors ce que sont devenus les agents toxiques que l'on a introduits ainsi par la veine porte.

Ajoutons, enfin, que Bouchard et Roger ont aussi étudié au point de vue toxique le sang de la circulation générale, puis celui de la veine porte et, enfin, celui de la veine cave inférieure. Examinons, maintenant, aussi brièvement que possible, les résultats fournis par ces différentes recherches.

Je serai très bref sur l'action du foie sur les substances minérales; l'arsenic, le cuivre, l'antimoine, le mercure s'accumulent dans le foie. Roger, qui a repris ces expériences, a montré que le foie n'a aucune action sur les sels de potasse ou de soude; qu'en revanche cette action est très marquée sur les sels de fer, lactate de protoxyde de fer. Quand on injecte, par une veine mésaraïque, une solution de ce lactate, la toxicité est trois fois moindre que quand on pratique l'injection par les veines de la circulation générale.

Je rappellerai, à propos de ce fait, que Paganuzzi (de Padoue) avait déjà insisté sur ce point, et que Lussana a soutenu que les effets reconstituants et surtout hématopoiétiques des préparations ferrugineuses étaient dus à l'action intime des sels de fer sur les cellules hépatiques; les préparations ferrugineuses, introduites par la digestion dans le foie, seraient éliminées par la bile et reprises à nouveau, à la surface de l'intestin, par les vaisseaux portes.

L'action du foie sur les alcaloïdes végétaux est très importante. C'est Hegger (1) qui, le premier, en 1873, signale cette action destructive, mais c'est à Schiff (2) que l'on doit le travail le plus intéressant sur ce sujet; ce travail parut en 1877. Trois ans plus tard parut le travail de Jack, tra-

(1) Hegger, *Expériences sur la circulation du foie dans les organes isolés*. (Thèse d'agrégation.) Bruxelles, 1873.

(2) Schiff, *Archives des sciences physiologiques et naturelles*. Genève, 1877.

vail des plus complets et des plus intéressants (1). Enfin, Roger a repris toutes ces expériences et les a complétées (2).

Le tableau suivant, que j'emprunte à ce dernier travail, vous montrera l'action évidente du foie sur les alcaloïdes et combien est grande cette action destructive pour certains d'entre eux.

TABLEAU RÉSUMANT L'ACTION DU FOIE SUR LES ALCALOÏDES AUTRES QUE LA NICOTINE.

Substance injectée.	Espèces en expériences.	Etat de l'animal.	Voie d'injection.	Moyenne par kilogramme des doses mortelles.
Sulfovinate de quinine....	Lapin.	Sain.	V. de l'oreille.	0 gr. 06
—	—	—	V. intestinale.	0 gr. 16
Chlorhydrate de morphine.	Lapin.	Sain.	V. de l'oreille.	0 gr. 35
—	—	—	V. intestinale.	0 gr. 68
Sulfate neutre d'atropine..	Lapin.	Sain.	V. de l'oreille.	0 gr. 041
—	—	—	V. intestinale.	0 gr. 192
Hyoscyamine............	Grenouille.	Saine.	Sac lymphati-	0 gr. 2
—	—	Sans foie.	que.	0 gr. 1
Sulfate de strychnine.....	Chien.	Sain.	V. jugulaire..	0 mg. 285
—	—	—	V. mésaraïque.	—
Sulfate de vératrine......	Grenouille.	Saine.	Sac lymphati-	0 gr. 016
—	—	Sans foie.	que.	0 gr. 0119
Cicutine................	Grenouille.	Saine.	Injection sous-	0 gr. 075
—	—	Sans foie.	cutanée.	—
Curare................	Lapin.	Sain.	V. de l'oreille.	0 gr. 0024
—	—	—	V. intestinale.	0 gr. 0066

Les chiffres inscrits dans ce tableau parlent assez d'eux-mêmes : ainsi, pour la quinine chez un lapin, la dose mortelle, par kilogramme du poids du corps, est de 6 centigrammes, quand on injecte le poison par la veine de l'oreille et il faut atteindre 16 centigrammes quand on se sert des veines intestinales; c'est plus du triple.

Le chiffre est encore plus élevé pour l'atropine, toujours chez le lapin : 41 milligrammes par les veines de l'oreille, et 192 milligrammes par la voie intestinale. Le foie détruit, ici, plus des trois quarts du poison.

Pour l'hyoscyamine, chez la grenouille avec ou sans foie, la différence est près du double : il faut 2 décigrammes pour tuer une grenouille intacte; si on enlève le foie, il suffit de 1 décigramme.

Mais c'est avec la nicotine que l'action destructive atteint son maximum, du moins pour la grenouille. Chez une grenouille saine, il faut 34 milligrammes pour produire la mort; enlevez-lui le foie et il suffira de 8 milligrammes. Et, à propos de la nicotine, il est un procédé opératoire dont je ne vous ai pas parlé et qui montre bien que c'est le tissu hépatique qui agit dans ce cas. Le procédé consiste à triturer l'alcaloïde avec la substance hépatique, puis à pratiquer l'injection dans les veines de l'oreille, et, alors, voici ce qu'on observe : tandis que, sans trituration, il faut 7 milligrammes, par kilogramme du poids du corps, pour tuer le lapin, après trituration avec le foie, il en faut 15.34 pour produire des effets mortels.

(*A suivre.*)

(1) Jack, *Essai sur la localisation des alcaloïdes dans le foie.* (Thèse d'agrégation.) Bruxelles, 1880.

(2) Roger, *Action du foie sur les poisons.* (Thèse de Paris, 1886, p. 33.)

REVUE DES CLINIQUES

Les formes atténuées de la scarlatine; scarlatine et érysipèle, par M. le professeur Jaccoud (1). — M. Jaccoud a eu occasion d'observer plusieurs cas de scarlatines atténuées. Dans l'un, il s'agissait d'un jeune homme de 25 ans, robuste, qui entra à l'hôpital le samedi 16 mai, le quatrième jour de la maladie; la veille encore, il avait pu se livrer à son travail habituel de palefrenier. Cependant, depuis le mercredi, il se plaignait de céphalalgie, de malaise et de courbature. A ces symptômes vint s'ajouter, le jeudi, une angine qui s'accompagna d'un peu de dysphagie sans autre phénomène inquiétant. Le vendredi s'écoula sans modifications notables dans l'état du malade; mais le samedi matin, après avoir éprouvé pendant la nuit de violentes démangeaisons, il vit, à son réveil, que son corps était en entier couvert d'une éruption rouge et demanda à entrer à l'hôpital. Il n'avait à ce moment que 38°4, bien qu'il présentât au plus haut point les symptômes d'une scarlatine confirmée. Le cœur était normal, les urines sans albumine, et l'évolution fut des plus simples. L'éruption persista encore pendant deux ou trois jours; mais la température était descendue, l'angine avait disparu et il n'y eut qu'une desquamation peu intense.

Les cas de ce genre sont loin d'être rares. Lutten a rapporté un certain nombre d'observations dans lesquelles la température ne dépassait pas 38°5, d'autres dans lesquelles la fièvre présentait des exacerbations vespérales régulièrement intermittentes; la température du matin restait normale, Enfin, dans ce travail, on trouve un fait unique, mais probant, de scarlatine apyrétique.

Une autre malade de M. Jaccoud était venue à Paris pour se placer comme nourrice; elle se sentait si peu malade qu'elle se présenta, le matin même de son entrée, à la visite sanitaire de la Préfecture. On lui avait dit le matin qu'elle était un peu plus rouge que d'habitude, mais elle n'avait pas attaché d'importance à ce fait. La scarlatine étant reconnue, elle fut aussitôt admise à l'hôpital. Sa température, prise à ce moment et le soir de son entrée, ne dépassait pas 38 degrés; le lendemain, elle tombait à 37°8. La malade ne se plaignait d'aucun malaise; à aucun moment, elle n'avait présenté ni céphalalgie ni nausées. C'est à peine si, la veille de son entrée, elle avait éprouvé une légère douleur au moment de la déglutition; il n'y avait, en effet, qu'un peu de rougeur et de tuméfaction des amygdales et du pharynx. Malgré cela, l'éruption s'est faite normalement et, bien que peu intense, a persisté pendant deux ou trois jours. Le soir du troisième jour, la température n'atteignait que 37°4, et, après s'être un peu relevée le lendemain jusqu'à 38°2, elle retomba, le cinquième jour, à 37° et s'y maintint.

L'atténuation de la maladie, dans ce second cas, est telle que l'on y trouve à grand'peine les deux symptômes fondamentaux : l'éruption et l'angine; les phénomènes subjectifs ont été nuls et la durée considérablement abrégée. L'atténuation était d'autant plus remarquable qu'à l'entrée, l'urine contenait une quantité considérable d'albumine. Il ne s'agissait pas d'une albuminurie scarlatineuse précoce, en raison même de l'abondance de l'albumine. Cette abondance, au début de la scarlatine, ne doit jamais être mise sur le compte de cette affection et il faut en rechercher la cause dans les antécédents. La malade de M. Jaccoud avait certainement une albuminurie gravidique ou puerpérale.

Le surlendemain de son entrée, cette même malade présenta, au niveau du cou, une plaque rouge, prurigineuse, rugueuse, sur laquelle se détachaient deux ou trois pustules qui se rompirent bientôt pour former une croûte impétigineuse.

M. Ménétrier recueillit quelques gouttes du contenu purulent, les cultiva et obtint des cultures pures d'un streptocoque d'une grande puissance végétative et d'une virulence suffisante pour produire, sur une souris, un abcès au point d'inoculation; puis, ayant ainsi repris une nouvelle vigueur, le streptocoque, après une nouvelle culture, put amener, en vingt quatre heures, la mort par septicémie d'une nouvelle souris inoculée.

Ainsi que l'ont prouvé les recherches de Lenhartz, l'angine du début de la scarlatine

(1) Résumé d'après la *Gazette des hôpitaux*.

est, dans la plupart des cas, une angine à streptocoques, il est donc probable qu'il y a liaison entre la scarlatine et l'éruption. Lenhartz a isolé de l'enduit amygdalien des individus atteints de scarlatine un streptocoque qui tuait les souris inoculées en produisant sur elles une affection érysipélateuse mortelle. Depuis, un certain nombre de faits sont venus corrober cette découverte. Une des observations les plus intéressantes est celle que le professeur Henoch a recueillie sur lui-même. Pendant qu'il examinait la gorge d'un enfant atteint de scarlatine, celui-ci toussa et quelques parcelles de l'enduit amygdalien furent projetées au dehors et vinrent l'atteindre au visage. Or Henoch était, à ce moment-là, porteur d'une légère excoriation des fosses nasales, qu'il se rappela parfaitement avoir été contaminée par ce produit. Quelques jours après, cette excoriation devenait le point de départ d'un érysipèle qui envahit ensuite la face et évolua d'une manière typique.

C'est également au niveau de cette angine précoce que l'organisme puise l'agent pathogène de la plupart des infections secondaires de la scarlatine dans lesquelles on rencontre le streptocoque d'une manière presque constante.

On peut conclure de ces faits et d'autres encore :

1° Que l'angine précoce de la scarlatine est une angine à streptocoques;

2° Que ce streptocoque se rapproche, par divers caractères, du streptocoque pyogène;

3° Que ce streptocoque peut donner lieu à un érysipèle.

Le malade de M. Jaccoud eut précisément un érysipèle qui dura huit jours et pendant lequel la température se maintint entre 37 et 40 degrés.

Cette observation est un exemple de plus de la parenté bactériologique qui unit la scarlatine à l'érysipèle. Cependant on n'est pas autorisé à conclure que le micro-organisme, encore peu connu, de la scarlatine soit un streptocoque proche parent des streptocoques mieux étudiés de la suppuration et de l'érysipèle. On peut simplement affirmer la fréquence de la coexistence de ces divers agents infectieux.

M. Jaccoud a terminé en insistant sur la valeur du régime lacté absolu dans la scarlatine. Il faut instituer ce régime dès que le diagnostic est établi et sans attendre qu'il soit imposé par la survenance des complications rénales. On prévient ainsi, d'une manière à peu près certaine, non seulement l'albuminurie précoce qui est de peu d'importance, mais encore l'albuminurie tardive, qui est liée à la néphrite et conduit à l'anasarque. Dans les cas, rares, où on ne peut pas l'éviter, elle se montre si bénigne qu'elle ne peut inspirer aucune crainte. Le régime lacté absolu, dès le début, et quand même, doit être le seul traitement des scarlatineux, et ce n'est qu'en cas de nécessité absolue, pour relever les forces d'un organisme affaibli que l'on peut tolérer que le malade prenne un peu de vin, ou formuler un cordial. Si l'on est arrivé trop tard, le lait doit, néanmoins, être prescrit, car, pris en grande abondance, il constitue une méthode à la fois préventive et curative.

BIBLIOTHÈQUE

HYPNOTISME, SUGGESTION, PSYCHOTHÉRAPIE, par le docteur BERNHEIM.
Paris, O. Doin, 1891.

La suggestion est l'acte par lequel une idée est introduite dans le cerveau et acceptée par lui. L'idée arrive au cerveau par un des cinq sens ou par les sensations internes, musculaires ou viscérales. Chaque cerveau transforme l'impression en idée, suivant son individualité psychique qui varie naturellement beaucoup. Toute idée suggérée et acceptée tend à se faire acte. L'idée devient sensation (douleur, démangeaison, froid, etc.), image (hallucinations, rêve), sensation viscérale (coliques, vomissement, etc.), acte et mouvements (actes divers de la vie).

Le médecin utilise la suggestion dans un but thérapeutique, car le cerveau, actionné par l'idée, actionne à son tour les nerfs qui doivent réaliser cette idée; il peut, par des phénomènes de dynamogénie ou d'inhibition, exalter ou modérer les fonctions organiques, dans un sens utile à la guérison des malades.

A l'état normal, la crédivité inhérente à l'esprit humain est limitée. Tout ce qui supprime le contrôle cérébral la renforce et exalte l'automatisme cérébral, c'est-à-dire l'aptitude à transformer l'idée en acte. C'est ainsi qu'agissent le sommeil naturel, la suggestion religieuse, la suggestion médicamenteuse, la suggestion expérimentale et enfin l'hypnotisme.

En effet, l'hypnose est un état psychique particulier, susceptible d'être provoqué, qui met en activité et exalte à des degrés divers la suggestibilité. L'état hypnotique peut être produit avec ou sans sommeil.

Dans son ouvrage, M. Bernheim, dont nous venons de résumer la théorie, démontre les principaux phénomènes que la suggestion peut produire : catalepsies, paralysies, contractures; anesthésies, hyperesthésies, illusions sensitives et sensorielles; hallucinations; actes, tels que vols, assassinats; souvenirs fictifs, etc. Ces expériences si intéressantes soulèvent la question du libre arbitre que l'auteur discute à fond.

Enfin, le livre se termine par l'exposé d'un grand nombre d'observations qui montrent l'utilité de la thérapeutique suggestive, laquelle ne s'adresse pas à la lésion, mais au trouble fonctionnel. Cette suggestion ne présente aucun danger. — P. Ch.

Précis d'hygiène publique, par le docteur Bedoin. — Paris, J.-B. Baillière, 1891.

Depuis les découvertes de Pasteur, l'hygiène moderne doit diriger tous ses efforts contre les germes parasitaires microscopiques. Cette orientation nouvelle permet de serrer de plus près la solution des différents problèmes qui se rapportent aux questions d'étiologie et de prophylaxie publiques actuellement si importantes. L'auteur a voulu vulgariser des notions encore trop peu répandues en dehors des personnes qui s'occupent professionnellement d'hygiène générale. Il a eu spécialement en vue les divers conseils, comités et commissions d'hygiène et de salubrité publique de province, généralement mal au courant de toutes les questions, ainsi que les professeurs d'enseignement secondaire qui doivent faire des conférences d'hygiène.

Les principaux chapitres du Précis sont ceux consacrés à l'air, aux habitations, au sol, à la désinfection, à la vaccination, aux industries insalubres, etc. Ils sont au courant des dernières acquisitions de la science. — P. Ch.

Technique des pratiques hydrothérapiques, par le docteur L.-C. Burgonzio. Traduit et annoté par le docteur Max Durand-Fardel. — Paris, Rueff, 1891.

Ce petit livre, qui sera éminemment utile aux praticiens, a en réalité deux auteurs, M. Durand-Fardel ayant ajouté à la suite de chacun des chapitres un commentaire qui a souvent une étendue égale à celle du chapitre lui-même.

Toutes les pratiques hydrothérapiques : drap mouillé, épongement et affusion, demi-bain, bain entier, piscine, bain de vapeur, douche, etc., sont étudiés en détail, et pour chacune d'elles on trouve toutes les indications nécessaires, car « la technique hydrothérapique, quelque simple qu'elle paraisse, est, en réalité, une chose fort délicate, qui exige du tact, de la prudence, de l'attention et une longue pratique. — P. Ch.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement de la coqueluche, etc., par le docteur Pesa (*Revue de laryngocologie*, 1891). — Après exposition des diverses hypothèses sur la pathogénèse de la coqueluche et de la bactérie spécifique, l'auteur parle diffusément du traitement en rapport avec l'opinion présente, qui considère la coqueluche comme morbus catarrhale parasitaire avec hyperexcitabilité des ramifications du vague laryngé et du rameau interne du laryngé supérieur.

L'auteur expose quelques règles de traitement hygiénique et général; il parle des modificateurs de la muqueuse respiratoire, des nombreux calmants et enfin des antiseptiques. Il recommande le sublimé, l'acide phénique, etc., etc.; mais surtout la résorcine employée selon la formule de Moncorvo.

L'auteur recommande l'inoculation du pus vaccin pratiquée selon les expériences de bactériothérapie de Cantani. Il rapporte deux cas de résultat favorable.

Enfin il admet par ses observations que l'ulcération sublinguale de la coqueluche est d'origine mécanique nasale. — P. N.

Injections intra-trachéales et bronchiques par la voie laryngée de liquides médicamenteux, par le docteur Masini (*Revue de laryngocologie*, 1891). — L'auteur a expérimenté les injections intra-trachéales et bronchiques d'huile créosotée par la voie laryngée dans la phthisie pulmonaire.

Expérimentation sur six malades atteints de bronchite catarrhale avec marques douteuses de tuberculose à la forme plus grave de la maladie avec diffusion du processus aux deux poumons, excavations, etc.

Résultats satisfaisants. — Chez deux malades atteints de broncho-alvéolite en haut, grand amaigrissement, sueurs nocturnes, fièvre, mais sans bacilles dans l'expectoration, l'auteur a obtenu la guérison presque complète des faits pulmonaires. Chez deux autres, le poids augmente, la fièvre disparaît, l'expectoration diminue, mais les bacilles étaient toujours présents. Un malade a dû suspendre le traitement. Un autre a obtenu seulement une augmentation de poids et une légère diminution d'expectoration.

L'auteur recommande cette méthode non seulement pour le traitement de la phthisie pulmonaire, mais même pour toutes les affections du poumon.

Pour l'injection des liquides médicamenteux, l'auteur a fait construire une seringue spéciale. — P. N.

Un cas de lymphadénite rétro-pharyngienne, par le docteur J. Bokai (*Revue de laryngocologie*, 1891). — Cette lymphadénite, observée sur un enfant de 8 mois, était, d'après l'auteur, sous la dépendance d'une otite moyenne suppurée; le paquet ganglionnaire non suppuré acquit rapidement un volume tel que la trachéotomie fut nécessaire. Il est extrêmement rare que la lymphadénite rétro-pharyngienne offre cette gravité.

N. G.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 juillet 1891. — Présidence de M. Tarnier.

La correspondance comprend :

1° Un mémoire de M. Channaux-Dubisson sur le vaccin;

2° Un mémoire sur la fièvre typhoïde à Béziers, par M. Sicard;

3° Un travail de M. le docteur Ponpied sur l'action physiologique des eaux du Mont-Dore.

MM. Pilat (de Lille) et Spillmann (de Nancy) sont élus correspondants nationaux.

M. Lannelongue fait une communication sur le mode de transformation prompte des produits tuberculeux des articulations et de certaines parties du corps humain. (Voir le dernier numéro de l'*Union médicale*.)

— M. Lavaux lit une note sur le *traitement des tumeurs de la vessie.* Ces tumeurs entraînent souvent des hématuries abondantes et difficiles à faire cesser. On arrive à les arrêter en faisant des injections intra-vésicales avec une solution très chaude d'acide borique à 4 p. 100 Dans un cas, où il s'agissait d'un papillome uréthro-vésical, la tumeur fut détruite par l'électrolyse, et les injections arrêtèrent les hémorrhagies entraînées par l'application de l'électricité.

— M. le Président annonce qu'à cause de la Fête nationale, l'Académie ne tiendra pas séance mardi prochain, 14 juillet.

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT LE MOIS DE JUIN 1891.

N. B. — Les thèses précédées d'un astérisque (*) ont été soutenues par un ancien interne des hôpitaux de Paris.

Jeudi 4 juin 1891. — N° 210. M. Louvel (Georges) : Etude sur Jacques de Marque, chirurgien (1571-1622), et analyse de ses ouvrages. (Président, M. Laboulbène.) — N° 211. M. Longueville (Gaston) : Du polymorphisme des manifestations tuberculeuses de la peau. (Président, M. Debove.)

Mercredi 10. — N° 212. M. Cartier (René) : Contribution à l'étude du rachitisme et en particulier de son traitement maritime. Résultats observés à Berck. (Président, M. Fournier.) — N° 213. M. Jouis (C.-C.-M.) : Quelques considérations sur certaines formes d'arthrite blennorrhagique. (Président, M. Tillaux.) — N° 214. M. Bonnel (A.) : Carie costale et abcès froids thoraciques. (Président, M. Tillaux.)

Jeudi 11. — N° 215. M. Jollivet (Guillaume) : Secret, discrétion, tact chez le médecin. (Président, M. Brouardel.) — N° 216. M. Goubert (J.-E.-P.) : De la prédisposition morbide dans l'enfance. (Président, M. Brouardel.) — N° 217. M. Pactel (E.) : Aliénés méconnus et condamnés par les tribunaux. (Président, M. Brouardel.) — N° 218. M. Salmon (Auguste) : Anévrysmes de la main. (Président, M. Duplay.) — N° 219. M. Delmez (Emile) : Kystes du mésentère. (Président, M. Duplay.) — N° 220. M. Véné (Louis) : Etude sur les délires post-opératoires. (Président, M. Le Dentu.) — N° 221. M. Fouquet (Jules) : Les digitalines commerciales. (Président, M. Laboulbène.) — N° 222. M. Biolet (Fernand) : Quelques considérations sur le mutisme hystérique. (Président, M. Debove.)

Mercredi 17. — N° 223. M. Vernet (Gustave) : Contribution à l'étude du pincement de l'intestin dans les fissures sous-ombilicales. (Président, M. Lannelongue.) — N° 224. M. Rascol : Contribution à l'étude des thyroïdites infectieuses. (Président, M. Lannelongue.) — N° 225. M. Doulet-Fortunay (J.) : Etude critique sur l'étiologie du paludisme. (Président, M. Straus.) — N° 226. M. Charles (Joseph-Jules) : Des résections de l'avant-bras après les traumatismes des parties molles. (Président, M. Tillaux.)

Jeudi 18. — N° 227. M. Pein (Prosper) : Sur l'action pyogénique du bacille typhique. (Président, M. Brouardel.) — N° 228. M. Porembski (Romain) : Contribution à l'étude des cirrhoses hépatiques chez les enfants. (Président, M. Dieulafoy.) — N° 229. M. Lefèvre (Charles) : Etude clinique des néologismes en médecine mentale. (Président, M. Ball.) — N° 230. M. Roques (Georges) : De l'alcoolisme et de la paralysie générale dans leurs rapports réciproques. (Président, M. Ball.) — N° 231 (*). M. Macon (E.-N.-E.) : Contribution à l'étude des résultats de la résection du genou, d'après la statistique de M. le docteur Just Lucas-Championnière. (Président, M. Guyon.) — N° 232. M. Zaborowski (Stanislas) : Quelques cas d'ablation de fibromes utérins pendant la grossesse. (Président, M. Tarnier.)

Mercredi 24. — N° 233. M. Vincent (Paul) : Des tachycardies; valeur séméiologique et pathogénique. (Président, M. Potain.) — N° 234. M. Dluski (Casimir) : Du pronostic dans quelques variétés de néphrite chez les enfants. (Président, M. Grancher.) — N° 235. M. Simonet de Laborie (A.) : Le sérum de sang de chien; ses propriétés thérapeutiques. (Président, M. Fournier.) — N° 236. M. Georgevitch (Georges) : Contribution au diagnostic de la forme méningée de la dothiénentérie infantile. (Président, M. Straus.)

Jeudi 25. — N° 237. M. Mesnard (René) : Etude sur les pseudo-coxalgies dépendant d'une différence de longueur des deux membres inférieurs. (Président, M. Duplay.) — N° 238. M. Fréal (J.-V.-H.) : De la procidence du cordon ombilical dans l'insertion vicieuse du placenta. (Président, M. Tarnier.) — N° 239. M. Nermord (Hilaire) : Contribution à l'étude des fistules biliaires hépato-bronchiques. (Président, M. Proust.) — N° 240. M. Barillé (Alexandre) : Des complications infectieuses de péri-odontite suppurée. (Président, M. Debove.) — N° 241. M. Willot : De la cataracte hémorrhagique. (Président, M. Panas.) — N° 242. M. Soulié (Frédéric) : Contribution à l'étude du traitement des prolapsus du rectum, indications opératoires. (Président, M. Le Dentu.) — N° 243. M. G. Haloted-Boyland : Des glycosuries non diabétiques. (Président, M. Peter.) — N° 244.

M. Demahis (Charles) : Des injections hypodermiques de gaïacol iodoformé dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (Président, M. Peter.) — N° 245. M. Wagner (Robert) : Etude sur les œuvres de Puzas. (Président, M. Laboulbène.)

Vendredi 26. — N° 246. M. Archambeaud (Augustin) : De la ligature des veines saphènes dans le traitement des varices et de l'ulcère variqueux. (Président. M. Pinard.) — N° 247. M. Ducourtioux (Pierre) : Dilatation ampullaire de la veine fémorale dans le canal crural et de la saphène interne à son embouchure. (Président, M. Tillaux.) — N° 248. M. Hahusseau (Paul) : Des formations kystiques consécutives à l'extirpation de l'utérus et des annexes. (Président, M. Tillaux.) — N° 249. M. Dagot : De la nature de quelques hémato-salpinx. (Président, M. Tillaux.)

FORMULAIRE

Potion contre le lumbago. — Hollister.

Iodure de potassium	15	grammes.
Bromure de potassium	15	—
Teinture de semences de colchique	30	—
Sirop d'écorces d'oranges amères	50	—
Eau distillée	150	—

F. s. a. une potion, dont on fait prendre 3 ou 4 cuillerées à café dans la journée. On augmente la dose jusqu'à ce que l'intestin soit légèrement impressionné. — N. G.

COURRIER

En raison de la Fête nationale, il n'y aura pas de séance mardi 14 juillet à l'Académie de Paris.

— Par arrêté ministériel, en date du 1er juillet 1891, une médaille d'honneur en bronze a été accordée à M. le docteur Tondut, médecin à bord du paquebot *le Béarn*, de la Compagnie des transports maritimes, pour le dévouement et les soins consciencieux qu'il a apportés dans l'exercice de ses fonctions, en prescrivant et faisant exécuter les mesures propres à empêcher la propagation de la fièvre jaune à bord de ce navire.

— La Société d'hypnologie, fondée en 1889, pour l'étude des applications cliniques, médico-légales et psychologiques de l'hypnotisme, tiendra sa réunion annuelle, le lundi 20 juillet 1891, à quatre heures, au palais des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, sous la présidence de M. Dumontpallier, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Ordre du jour : 1° Présentation de nouveaux membres; 2° Organisation du deuxième Congrès international de l'hypnotisme en 1892; fixation du lieu et de la date du prochain Congrès; 3° Questions mises à l'étude : *a*) Des rapports de l'hystérie avec l'hypnotisme; *b*) Les suggestions criminelles et la responsabilité pénale; *c*) De l'influence que certaines impressions psychiques ressenties par la mère peuvent exercer sur le fœtus; 4° Communications diverses.

La réunion de la Société comprendra plusieurs séances, dont l'heure sera fixée ultérieurement. — Adresser les communications à M. le docteur Bérillon, secrétaire général, 40 *bis*, rue de Rivoli.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Roux (de Tournon) est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Asile d'aliénés de Clermont. — *Place d'interne vacante.* — Une place d'interne en médecine est en ce moment vacante à l'Asile de Clermont (Oise).

Les conditions sont : 1° Etre Français; 2° avoir au moins 12 inscriptions validées. Le traitement est de 800 francs par an, nourriture, logement, chauffage, éclairage et

blanchissage. Envoyer en même temps que la demande toutes pièces et références pouvant établir des titres sérieux, afin de faciliter le classement. Il y a toute facilité pour les études, l'établissement possédant quatre internes.

— M. le docteur Ranson, médecin de la marine, est chargé d'une mission au Sénégal et dans le Haut-Fleuve, en vue d'y effectuer des recherches d'histoire naturelle.

— La Société contre l'abus du tabac met au concours la question suivante, pour 1891 : *Prix de médecine* (300 francs). — Rapporter au moins six observations inédites, bien circonstanciées (étiologie, symptomatologie, terminaison, etc.), d'affections exclusivement attribuables à l'abus du tabac.

Le prix consistera en une somme de 300 francs, dont 100 francs pour le rachat de cotisations du lauréat. (Offert par M. Decroix.)

Le programme détaillé du concours sera adressé gratuitement aux médecins qui en feront la demande au président, 38, rue Jacob, Paris.

Un legs singulier. — Une dame fort riche vient de mourir à l'âge de 83 ans, faisant le legs suivant : « Je lègue au docteur X..., en reconnaissance de ses soins éclairés et dévoués auxquels j'ai dû de vivre si âgée, tout ce qui se trouvera dans mon bonheur du jour. »

Le meuble en question contenait intactes et encore cachetées toutes les potions, pilules, etc., ordonnées à la défunte par le docteur X.., depuis une dizaine d'années.

(*Lyon méd.*)

Jubilé Virchow. — Le professeur Virchow va célébrer prochainement le soixante-dixième anniversaire de sa naissance. Le Conseil municipal et le maire de Berlin ont l'intention de lui accorder, à cette occasion, la bourgeoisie d'honneur. On sait qu'en dehors des travaux scientifiques à la Faculté de médecine, M. Virchow a été, depuis 1848, l'un des chefs du parti progressiste au Conseil municipal, à la Diète et au Reichstag.

Les dangers de l'eau de Seine a Paris. — Le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, dans sa dernière séance, s'est longuement occupé de l'eau de rivière et de la distribution actuelle de l'eau de Seine dans les 5e, 6e et 7e arrondissements. Notons cette observation faite au cours de la discussion, par M. Rochard : Les conduites, ensemencées par le passage de l'eau de Seine, présentent encore des dangers quinze jours après la reprise de l'eau de source. — Une commission a été chargée de présenter un rapport.

Exercice illégal de la médecine par les opticiens. — D'après un jugement rendu par le tribunal correctionnel du Havre, doit être considéré comme indication de remède et consultation au sens médical, et par suite comme exercice illégal de la médecine, le fait par un opticien de donner à un client des indications pathologiques sur l'état de sa vue et de prescrire, pour la guérison d'une affection des yeux, une combinaison de verres.

(*Lyon médical.*)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Girou de Buzareingues, ancien député de l'Aveyron.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Conférences sur le traitement des affections hépatiques.

PREMIÈRE LEÇON.

Du foie antiseptique (considérations physiologiques) (1),

Par le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ,

Membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Cochin.

Quelles conséquences la thérapeutique peut-elle tirer de ces résultats? Des conséquences du plus haut intérêt. Cette destruction des alcaloïdes végétaux par le foie nous explique la grande différence qui existe entre l'administration des médicaments par la bouche et par la voie hypodermique.

Par la bouche, les médicaments peuvent être modifiés par l'action du suc gastrique et des sucs digestifs, mais surtout ils rencontrent cette barrière vivante, le foie, qui les détruit en partie. Plus rien de semblable par la méthode hypodermique, et on comprend facilement quel intérêt nous avons à propager cette méthode hypodermique, quand il s'agit d'alcaloïdes actifs.

D'ailleurs, ce fait était connu depuis longtemps à propos du curare et de certains venins de serpents. L'on sait, en effet, que l'on peut pratiquer la succion des plaies faites avec des flèches empoisonnées, ou bien par des animaux venimeux, sans ressentir le moindre effet toxique, et Claude Bernard avait même poussé l'analyse de ce problème plus loin avec le curare en montrant que ce n'était pas au suc gastrique que l'on devait cette diminution de toxicité, puisqu'en injectant un mélange de curare et de suc gastrique sous la peau, il déterminait la mort des animaux comme auparavant. Aujourd'hui, nous avons l'explication de ce fait par l'action destructive du foie.

Il est probable que le foie ne détruit pas complètement les alcaloïdes, il doit en emmagasiner une certaine portion qui, plus tard, éliminée par la bile, est versée dans l'intestin. C'est ce fait qui explique l'accumulation des doses pour certains alcaloïdes ou glucosides. On voit, en effet, une dose thérapeutique longtemps prolongée déterminer des effets toxiques. Il est probable que l'on peut expliquer ce fait soit par une diminution dans l'action destructive du foie ou bien parce que la bile versant dans l'intestin une certaine quantité du produit toxique, celle-ci vient s'ajouter à celle

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

introduite par la bouche et transforme ainsi la dose thérapeutique en dose toxique.

Mais le point le plus intéressant de cette question du foie antiseptique est celle qui concerne les alcaloïdes organiques. Quelques physiologistes avaient été depuis longtemps frappés de ce fait que, malgré l'introduction par le tube digestif de nombreuses substances toxiques, l'homme n'éprouvait pas des phénomènes d'intoxication, et Stich a, le premier, bien formulé cette pensée, qu'il devait y avoir un point de l'économie où ces poisons étaient neutralisés. Ce point était pour lui la muqueuse intestinale, qui constituait une véritable membrane dialysatrice s'opposant à la pénétration des poisons contenus dans l'intestin. Holmeister attribuait cette même propriété aux globules blancs.

Puis, après qu'on eut connaissance des travaux de Schiff on attribua au foie ce rôle destructeur, et ce fut Lautenbach qui, le premier, exprima ce fait de la façon la plus précise; il a soutenu que non seulement le foie détruisait les poisons introduits dans l'économie, mais encore qu'à l'état physiologique, l'organisme produisait un poison qui était détruit par la glande hépatique à mesure de sa production. Le travail de Lautenbach parut en 1877, et on ne connaissait pas encore les travaux de A. Gautier et la généralisation qu'il leur avait donnée.

Depuis lors, les travaux de Bouchard et les belles expériences de son élève Roger ont permis d'affirmer qu'un des rôles les plus importants du foie est de détruire non seulement les toxines introduites par l'alimentation, mais encore celles qui sont fabriquées par notre organisme vivant, et c'est ce dernier point de la question qu'il me reste à vous exposer.

D'où proviennent ces toxines ? Elles ont quatre origines. Elles proviennent d'abord des aliments qui sont introduits dans le tube digestif. Comme nous faisons entrer dans l'alimentation des substances animales dont la mort remonte souvent au delà de trois jours, nous introduisons par cela même un certain nombre de ptomaïnes alimentaires; j'ai déjà maintes fois abordé ce sujet dans mes leçons, et je vous renvoie, à cet égard, particulièrement à celles que j'ai faites sur la prophylaxie par l'alimentation et sur le régime végétarien (1).

La seconde origine, toujours en ce qui concerne le tube digestif, résulte des fermentations qui se passent dans l'intérieur de ce tube digestif. Déjà, Tanret avait montré le premier que le suc gastrique, en agissant sur les matières albuminoïdes, fournissait des corps à réactions alcaloïdiques. Depuis, on a montré que, surtout dans les altérations de la muqueuse de l'estomac et de l'intestin, il se produisait un grand nombre de substances toxiques dont l'ensemble constitue ce qu'on appelle la *putridité intestinale*.

La troisième origine résulte des nombreux microbes qui se trouvent à l'état normal ou anormal dans le tube digestif, depuis la bouche jusqu'à l'anus, microbes qui sécrètent et des diastases et des toxines.

Enfin, la dernière origine résulte de la vie cellulaire : Gautier nous a montré, en effet, que la cellule organique fabriquait des toxines au même titre que la cellule végétale, et ces toxines trouvent dans l'intestin une voie d'élimination. Nous verrons même, quand je vous parlerai du foie biliaire, que la bile est une voie d'élimination de ces toxines plus active peut-être que la voie rénale.

(1) Dujardin-Beaumetz, *Hygiène prophylactique*, 2e édition, 1890, p. 193; *Nouvelles médications* (2e série), 1891, p. 57.

En résumé, donc, de ces multiples origines, il résulte le fait indéniable que le contenu intestinal renferme un grand nombre de substances alcaloïdiques, qui pourraient pénétrer facilement dans l'économie si, grâce à la circulation porte et à la fonction antiseptique des cellules hépatiques, elles n'étaient pas à chaque instant détruites et neutralisées.

Comment peut-on démontrer expérimentalement le rôle préservateur du foie? Par deux procédés expérimentaux qui nous fournissent à cet égard des données absolument positives.

Le premier consiste à prendre un certain nombre de produits toxiques que l'on trouve dans l'intestin et à les inoculer aux animaux, le lapin par exemple, comparativement par une veine de la circulation générale, la veine de l'oreille, et par une branche d'origine de la veine porte, ou bien encore d'opérer avec les mêmes produits sur des grenouilles saines et sur des grenouilles privées de leur foie. C'est ce qu'a fait Roger, et le tableau suivant montre à quels résultats il est arrivé :

Substance injectée.	Lapins. Injections par une veine périphérique.	la veine porte.	Rapport entre les toxicités suivant la voie d'injection.
Matières pourries (ext. alcoolique).	22 cc. 2	54 cc. 2	2,26
Peptones........................	1 gr. 69	4 gr. 07	2,4
Chlorhydrate d'ammoniaque......	0 gr. 39	0 gr. 34	»
Carbonate d'ammoniaque	0 gr. 248	0 gr. 401	1,617
Lactate d'ammoniaque...........	0 gr. 634	1 gr. 13	1,79
Alcool........................	7 gr. 77	9 gr. 44	1,21
Acétone........................	6 gr. 94	6 gr. 96	1,00
Glycérine......................	10 gr. 7	8 gr. 07	»
Bile de bœuf	4 gr. 0	6 gr. 0	1,5
Urine humaine..................	34 gr. 28	67 gr. 42	1,96
	Grenouilles sans foie.	saines.	
Extrait alcoolique des matières intestinales du lapin..	7 cc. 7	27 cc. 7	3,59
Extrait alcoolique des matières intestinales du chien..	9 cc. 37	19 cc. 23	2,06

Ce tableau met bien en lumière le rôle préservateur du foie.

Mais le second mode de procéder donne encore des résultats plus frappants; il consiste à étudier la toxicité différente du sang dans les veines sus-hépatiques et dans la veine-porte.

Si ce que je vous dis est vrai, le sang de la veine porte doit être beaucoup plus toxique que celui des veines sus-hépatiques. Or, le tableau que voici, qui résume les expériences de Roger, confirme d'une façon absolue mon assertion :

TOXICITÉ DU SANG DÉFIBRINÉ DE CHIEN INJECTÉ AUX LAPINS

	Toxicité moyenne par kilogramme de lapin.
Sang en général..........................	24 cc. 4
Sang des veines sus-hépatiques............	23 cc. 3
Sang de la veine porte....................	9 cc. 0

Nous voyons que, tandis que le sang des veines sus-hépatiques est d'une toxicité légèrement inférieure à la toxicité du sang en général, et représentée par 23 cc. 3 par kilogramme de lapin, celle de la veine porte est

représentée par 9 centimètres cubes, c'est-à-dire par un chiffre près de trois fois plus fort.

Ainsi donc, je vous ai montré, et cela d'une façon irréfutable, que le foie arrête non seulement les poisons minéraux, mais encore les alcaloïdes végétaux, et enfin les toxines animales.

Dans quel point du foie siège cette propriété spéciale antiseptique? Ici encore, Roger a tâché de pousser le problème aussi loin qu'il était possible. Il nous a montré, comme je vous l'ai déjà dit, que c'était bien le parenchyme hépathique qui avait cette propriété spéciale, puisqu'il suffit de mélanger avec des substances toxiques des particules de foie, pour diminuer la toxicité de ces produits.

Il est probable que c'est dans la cellule hépatique elle-même que se produit la destruction des poisons; car, pour Roger, il y a toujours rapport direct entre les fonctions glycogéniques du foie et ses fonctions antiseptiques. Roger pense même que peut-être le sucre ou des modifications des glycoses peuvent, en agissant sur les alcaloïdes végétaux ou organiques, diminuer leurs propriétés toxiques.

Une fois tous ces points établis, nous allons maintenant examiner quelles conclusions la clinique thérapeutique peut en tirer pour la cure des maladies; c'est ce que je ferai dans la prochaine leçon.

REVUE DES CLINIQUES

Du prurigo hivernal, par le docteur W. DUBREUILH (1). — Le prurit n'est pas seulement un symptôme d'une foule de maladies de la peau, du système nerveux ou même d'autres appareils organiques, il constitue bien souvent à lui seul une maladie; aussi, un individu qui se plaint de démangeaisons est-il un problème quelquefois très difficile à démêler. Si l'on met à part les cas où la démangeaison est évidemment liée à une éruption facile à voir, comme dans l'urticaire, il faut songer d'abord aux parasites, tels que l'acarus de la gale ou les poux. Ces derniers surtout sont souvent bien difficiles à découvrir.

Quand on a éliminé toutes les affections parasitaires, toutes les dermatoses prurigineuses, entre autres le prurigo chronique de Hébra, il reste comme causes possibles de démangeaisons plusieurs grandes maladies nerveuses et des prurits toxiques, tels que ceux qui sont liés à l'ictère, au diabète, à l'albuminurie, et peut-être à d'autres troubles moins étudiés de la sécrétion urinaire.

Mais on rencontre souvent des malades qui se plaignent de démangeaisons plus ou moins intenses, dont les causes ne sont révélés ni par l'examen de la peau, qui présente seulement des lésions de grattage, ni par la présence de parasites, ni par des troubles du système nerveux, des urines ou de l'alimentation. Il y a deux types de ce prurit idiopathique qui ont une individualité assez nette, le prurit sénile et le prurit hivernal qui fait l'objet de cette leçon.

Le prurit hivernal a été particulièrement étudié par Duhring. Son caractère est le moment de son apparition, qui se produit en automne ou au commencement de l'hiver, soit avec toute son intensité, soit progressivement. Il dure tout l'hiver et disparaît au printemps après s'être graduellement atténué ou après avoir présenté des intermittences en rapport avec les variations de la température. Ces faits se représentent dans l'année à la même époque, sans que le malade ait éprouvé la moindre démangeaison pendant l'été. Pendant la période d'hiver, la maladie s'exagère quand le froid augmente, diminue d'insensité quand le temps s'adoucit et peut même passer presque

(1) Résumé d'après le *Journal de médecine de Bordeaux*.

inaperçue dans les hivers peu rigoureux; les sujets les moins atteints peuvent n'être éprouvés que dans les périodes de grands froids.

Les accès de démangeaison peuvent durer de quelques minutes à une ou deux heures. Ils surviennent le soir quand le malade se déshabille pour se mettre au lit ou est couché depuis un moment. Le matin, au réveil, il n'est pas rare d'observer une nouvelle crise beaucoup moins intense. En outre, dans le courant de la journée, une impression de chaleur, quelle qu'elle soit, peut occasionner le prurit; c'est ainsi que, chez certaines personnes, le port de vêtements d'hiver, la présence de calorifères ou d'appareils de chauffage dans les appartements peuvent produire des démangeaisons violentes, et c'est à l'arrivée des premiers froids qu'il faut rapporter ces accès.

L'impression de froid suffit parfois pour déterminer les crises de prurit, par exemple le passage d'un endroit chaud dans un endroit froid, sans qu'il y ait eu exposition au feu; de même un bain froid, même en été.

Duhring a signalé des sensations de chatouillement, de cuisson, de brûlure; mais en général il s'agit d'une sensation franche de démangeaison, de celle qui réclame impérieusement le grattage avec les ongles, un gant de crin ou une brosse et qui est soulagée par ce grattage. Son intensité est très variable; elle est généralement modérée et constitue, pour celui qui en est atteint, un ennui dont il ne songe pas à parler à son médecin, à moins qu'un hiver plus rigoureux ou qu'une cause adjuvante ne transforme la simple gêne en une réelle maladie. On apprend alors que le prurit dure depuis des années. Vingt-deux dans un cas de Corlett et avec une intensité variable avec la rigueur des hivers.

Les démangeaisons peuvent atteindre presque toutes les parties du tégument, et, dans un cas, signalé par Diakonow les seuls points épargnés étaient la tête, la paume des mains et la plante des pieds. En général, les parties les plus affectées sont les mollets, la face externe ou interne des cuisses, les fesses, les creux poplités, la face postérieure des bras, les deux faces des avants-bras; le tronc n'est atteint que plus rarement.

Des localisations plus exceptionnelles sont les mains, la face, la vulve, le scrotum. Les membres sont toujours atteints et d'une façon plus prédominante. Le prurit est toujours symétrique.

La peau est normale ou ne présente que des lésions de grattage. L'urticaire est rare (Corlett, un cas). On trouve assez souvent de petites papules rouges écorchées ou de l'eczéma, de la dermite, des écorchures produites par les ongles; mais toutes ces lésions sont postérieures au prurit et disparaissent avec lui en même temps que la saison froide.

La peau est fréquemment un peu sèche, aride et rude, parfois même un peu épaisse. Hutchinson a plusieurs fois noté la peau anserine.

Le prurigo hivernal n'a pas de prédilection d'âge ni de sexe; cependant, la plupart des observations publiées sont relatives à des hommes adultes ou d'âge mur. Il est possible cependant que la maladie débute dans l'enfance. Le prurigo d'hiver existe surtout dans les climats froids et tempérés. L'arthritisme semble être la principate cause prédisposante d'après Besnier et Doyon, qui attribuent aussi un rôle très important aux troubles digestifs et au port de vêtements chauds. Les médecins américains sont unanimes pour déclarer que la nature des vêtements ne joue qu'un rôle restreint.

Le prurigo ne tient pas à l'intensité du refroidissement; mais, pour un individu donné, les démangeaisons sont proportionnelles à la rigueur de l'hiver. De même, dans le courant de l'hiver, à chaque recrudescence du froid, répond une recrudescence du prurit. En revanche, si c'est le froid qui cause la maladie, dans la plupart des cas c'est la chaleur qui provoque les accès : exposition au feu, appartements chauds, séjour au lit.

Le prurigo d'hiver est, en somme, la résultante de deux causes : une susceptibilité particulière de l'individu, inconnue dans son essence, et le froid sec qui agirait, d'après Corlett, par le manque d'humidité, qui favorise l'évaporation, et le froid, qui réduit au minimum l'activité de la peau. Il en résulte un état d'extrême sécheresse du tégument, qui irrite les terminaisons nerveuses.

Le diagnostic de la maladie est basé : 1° sur la périodicité annuelle; 2° sur les caractères du prurit, son siège et les circonstances qui favorisent l'apparition des accès. En

tout cas, il faut d'abord éliminer toutes les autres causes de démangeaison. Le prurigo de Hebra offre une aggravation marquée en hiver et une rémission en été. Dans ses formes très bénignes, il peut donc simuler le prurigo de Duhring; mais il se distingue par son début pendant la première enfance, sa persistance à un certain degré pendant l'été, la marche moins paroxystique pendant l'hiver, la localisation beaucoup plus rigoureuse à la face externe des membres inférieurs, l'éruption papuleuse qui précède le prurit, l'épaississement et la rudesse de la peau, qui sont constants à un degré plus ou moins marqué; enfin, l'adénite inguinale et axillaire, qui est presque caractéristique.

Les individus atteints de kératose pilaire sont assez sujets, en hiver, à des démangeaisons de la face externe des membres, qui tiennent aux ablutions plus rares et à l'accumulation de l'épiderme aux orifices folliculaires. Ce prurit survient généralement sous l'influence du froid et n'offre pas les accès réguliers du prurigo d'hiver. Du reste, un bain savonneux le fait disparaître pour un temps.

Le prurit d'hiver présente par lui-même certains caractères qui peuvent aider au diagnostic; c'est d'abord l'influence du vent du Nord, puis les accès de démangeaisons survenant sous l'influence du lit ou d'un foyer; enfin, le siège de ces démangeaisons. Mais aucun de ces caractères, si ce n'est peut-être le premier, n'est constant; certains malades supportent très bien la chaleur du foyer ou d'un appartement, et ont, au contraire, des accès quand ils le quittent pour s'exposer au froid.

Le siège n'est pas plus caractéristique, car ce sont tantôt les membres inférieurs et tantôt les membres supérieurs qui sont le plus affectés; c'est généralement sur la face externe, mais quelquefois aussi sur la face interne; de plus, le prurit peut affecter tantôt une région et tantôt une autre chez le même malade. Il n'y a donc pas de base certaine pour un diagnostic. Il est possible qu'il y ait des cas où le prurigo ne se montre qu'une fois pendant un hiver; il est alors facilement méconnu.

La thérapeutique est assez désarmée. Tous les auteurs sont unanimes pour déclarer que les médications n'ont aucune chance de succès. Cependant, un des malades de M. Dubreuilh, qui est médecin, se trouvait bien de l'iodure de potassium à la dose de 25 centigrammes par jour.

Il sera bon de porter sur la peau du linge fin ou, en tous cas, de la laine très douce ou de la soie; puis, par-dessus, de se couvrir chaudement. Les appartements chauffés devront être rendus aussi humides que possible par une abondante évaporation d'eau et il faudra s'abstenir d'approcher du feu. En tout cas, il vaut mieux combattre le froid par des vêtements que par la chaleur artificielle.

Quand il sera possible, le changement de climat sera le remède le plus sûr, d'autant plus que, d'après certains auteurs, la guérison obtenue ainsi serait définitive. On peut aussi éviter les accès par un régime léger et facile à digérer, et l'abstention de vin, de café et de thé.

On a essayé des topiques en grand nombre. Les bains soulagent quelques malades très momentanément, en irritent d'autres et, en général, ne font pas grand'chose. Besnier conseille de poudrer la peau avec de l'oxyde de zinc ou du bismuth; Hyde recommande les applications en parties égales d'emplâtre diachylon de Hebra et d'huile d'olive ou de cold-cream; White emploie les pommades à l'acide phénique; Corlett, des pommades à l'ichthyol ou à la résorcine, et les Américains conseillent, de préférence à tout autre topique, de simples onctions de glycérine ou de vaseline.

REVUE D'HYGIÈNE

La fièvre typhoïde sur la côte normande.

Au moment où un grand nombre de personnes se disposent à se rendre sur la côte de Normandie, il nous paraît utile d'analyser le rapport que MM. Brouardel et Thoinot ont lu au Conseil d'hygiène relativement à l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi à Trouville et à Villerville en 1890, et qui a fait un moment tant de bruit. Nos lecteurs verront qu'il serait facile à des municipalités aussi riches que celles de ces stations

balnéaires d'éviter le retour de faits aussi désastreux qui, en se répétant, finiraient par éloigner le public.

I. Trouville et Deauville, qui ne sont séparés que par la Touques, ont tout en commun, sauf les eaux d'alimentation. Deauville a amené les eaux qui sortent d'un côteau voisin, Trouville a les eaux de Saint-Pierre d'Azif. Cette dernière ville est éprouvée, pendant les mois d'août, septembre et octobre 1890, par la fièvre typhoïde; Deauville reste à peu près indemne. A un moment, on a incriminé comme cause de l'épidémie des travaux faits au port de Trouville-Deauville; or, c'est surtout sur le territoire de Deauville que se sont faits ces travaux et à la caserne des Douanes, située en plein chantier, il n'y a pas eu, sur 80 habitants, un seul cas de fièvre typhoïde.

C'est dans le mois de septembre que l'épidémie de Trouville a surtout sévi. Elle a principalement porté sur les étrangers, trois fois plus nombreux que les indigènes, et dont un grand nombre n'ont pas fait leur maladie sur place.

Tout en reconnaissant qu'ils n'ont pas dû pouvoir recueillir tous les cas, MM. Brouardel et Thoinot arrivent au chiffre de 90 personnes ayant contracté la fièvre typhoïde à Trouville; de ces 90 sujets, 8 sont morts; 55 étrangers ont été atteints; 83 cas ont frappé la population indigène ou étrangère flottante de Trouville, 68 ont été suivis exactement.

Il y eut un cas en juillet concernant un soldat venu de Versailles, et ce cas paraît être le générateur. Puis, jusqu'à la semaine du 17 au 23 août, il n'y eut aucune manifestation. A ce moment, l'épidémie s'affirme par 4 cas; 4 cas encore la semaine suivante, puis élévation rapide, 19 et 25 cas, du 31 août au 13 septembre; après quoi l'épidémie s'éteint par 6, 6, et enfin 2 atteints au commencement d'octobre. C'est là une évolution rapide, *massive*, correspondant à une intoxication en masse d'un grand nombre d'individus par une cause passagère.

Les cas ont été disséminés dans toute l'étendue de la commune, mais il y a quelques groupements remarquables qui correspondent presque uniquement à des maisons pourvues de puits ou de sources particulières.

On boit, à Trouville, deux sortes d'eau :

a) L'eau la plus répandue est l'*eau municipale* venue de Saint-Pierre d'Azif;

b) Il y a, dans les quartiers bas et moyens, de nombreux puits particuliers et publics, des sources, des citernes.

Les hôtels et la plupart des maisons s'approvisionnent à l'eau municipale, très chaude en été.

Sur 72 cas, 27 individus faisaient usage d'eau de puits, de sources; 45 ne buvaient que l'eau municipale. Les 27 cas de la première catégorie sont des cas en groupes, en foyers massifs, jamais ou presque jamais isolés. Exemple : Rue Thiers, à l'angle de la rue d'Orléans, il y a un puits, on boit son eau seule, la maison donne 3 cas de fièvre typhoïde nets et 2 embarras gastriques (non comptés); total : 5 atteintes sur 8 habitants. Quant aux cas qui ont trait à des individus ne consommant que de l'eau de la ville, ils sont, à l'exception d'un foyer situé rue de La Chapelle, disséminés çà et là.

A Trouville, ou bien les matières fécales sont jetées à la rue ou à la Touques, ou bien il y a des fosses fixes non étanches, trous creusés dans un sol absorbant. Les enlèvements de matières provenant de tinettes ou de fosses presque étanches sont exceptionnels.

L'eau municipale est captée à 12 kilomètres de Trouville, et est distribuée dans l'agglomération par une canalisation en fonte aboutissant à vingt-trois bornes-fontaines et à un certain nombre de concessionnaires. Il n'arrive seulement que 800 mètres cubes par jour, ce qui, étant donné que la population, pendant la saison, s'élève à 20,000 habitants et plus, ne fait par chaque habitant que 40 et même 30 litres. Cette eau à l'émergence est, du reste, de très bonne qualité.

On trouve, à Trouville, 111 puits (particuliers ou publics), citernes et sources. La plupart des eaux qui sont prises dans ces puits divaguent dans le talus d'éboulement sur lequel est bâtie la ville, en se collectant à sa base. Les eaux sont exposées directement à toutes les souillures que versent incessamment dans ce sol perméable des fosses non étanches, des puisards, des ruisseaux non pavés, etc. C'est naturellement à la base du talus que l'eau sera la plus mauvaise, là qu'elle aura son maximum de souillure.

Le réseau d'égout est rudimentaire et des plus défectueux, et ne consiste qu'en quelques tronçons.

On pouvait penser que l'eau de Saint-Pierre d'Azif avait été souillée au point de captage ou en un des points quelconques de son trajet jusqu'à la canalisation de la ville. L'étude des conditions dans lesquelles l'eau est recueillie et circule a montré à M. Brouardel qu'il n'en était rien, et, du reste, l'épidémie a frappé en même temps ceux qui buvaient des différentes eaux et non pas d'abord le groupe prenant l'eau de la ville.

En réalité, voici comment les choses se sont passées : Le 15 juillet arrive dans le quartier haut un soldat qui, bientôt, s'alite avec une fièvre typhoïde et ses déjections sont jetées dans une fosse que l'on n'a jamais eu à vider de mémoire des parents. A ce moment, les pluies étaient abondantes, presque quotidiennes; au bout de trois semaines environ apparaît une épidémie qui arrive rapidement à l'acmé, puis disparaît brusquement et frappe l'ensemble de la population en s'acharnant surtout sur ceux qui s'alimentent aux eaux particulières.

Conclusion : Les matières typhiques du premier malade, diluées par les pluies abondantes, ont facilement pénétré un sol perméable, et se sont insinuées, d'une part, dans des puits ou sources très aisément contaminables; d'autre part, dans un certain nombre de conduites d'eau municipale qui sillonnent le sous-sol de Trouville. La canalisation intérieure est loin d'être pleine en été; elle n'est pas non plus étanche, car l'eau gagne de l'oxygène dissous en circulant, ce qui prouve qu'il y a arrivée d'eaux d'infiltration. Enfin, après avoir vidé la canalisation de trois bornes, on a laissé les tuyaux déchargés pendant six heures, pour ensuite la remettre en charge avec de l'eau venant d'un réservoir, et dans laquelle on n'avait pas trouvé le bacille d'Eberth; or, ce bacille a été très facilement trouvé dans l'eau qui est arrivée alors aux trois bornes-fontaines. Donc, il avait passé du sol dans la portion de canalisation soumise à l'épreuve.

L'analyse de l'eau des puits a montré qu'ils étaient particulièrement malfaisants. L'eau des bornes-fontaines et des concessions de la partie basse de la ville a été la plus nuisible; il y a eu quelques foyers de contagion, (cafés et pâtisseries fréquentés par les étrangers); enfin, la partie de la population qui est d'une façon fixe dans la partie haute, qui y prend ses repas et ne consomme guère au dehors, a été fort peu touchée.

Voici les conclusions du rapport de MM. Brouardel et Thoinot :

Conclusions locales : 1° Il y a lieu de supprimer, à Trouville, les nombreuses défectuosités hygiéniques qui s'y rencontrent; il faut modifier le régime d'évacuation des matières fécales, imposer l'étanchéité des fosses, prescrire le tout à la rue, assainir la rue par un balayage et un nettoyage quotidiens à grande eau, et enfin prohiber ces nombreux tuyaux de déversement des eaux ménagères que l'on voit sur une partie de la plage.

2° Pour éviter toute nouvelle épidémie de fièvre typhoïde, il faut :

a) Supprimer radicalement les puits particuliers et publics, et les sources;

b) Donner de l'eau pure en quantité suffisante par tous les temps; cette quantité devrait être de 200 litres par jour;

c) La canalisation de la ville doit être visitée et refaite dans les parties qui seront trouvées défectueuses.

Malheureusement, ce n'est pas qu'à Trouville qu'existe un état de choses aussi déplorable, et il y a là un vice à corriger radicalement, car la population nomade qui vient prendre la fièvre typhoïde dans une des stations normandes peut ensuite la disséminer partout; de là un immense danger.

II. L'épidémie de Villerville a été beaucoup moins grave. Du milieu d'août au 20 octobre 1890, elle a frappé 30 personnes environ et causé 1 décès. Comme à Trouville, il y eut d'abord 1 cas isolé venant de l'extérieur (du Havre, où la fièvre typhoïde est endémo-épidémique) dans les premiers jours d'août, puis une intoxication massive de 22 individus; ensuite, on observa un léger réveil de l'épidémie du 15 septembre au commencement d'octobre, et tout se termina par un cas isolé vers le 20 octobre.

Des 29 malades de Villerville, 17 sont indigènes, 12 étaient des étrangers. Des 17 indi-

gènes atteints, 10 sont des enfants de moins de 13 ans; sur les 12 étrangers, on compte 7 domestiques du sexe féminin.

A Villerville, il y a deux eaux différentes : l'une est l'eau de la source Leroy, destinée à la table; l'autre l'eau de l'étang ou de la concession, qui ne *doit* ou ne *devrait* servir qu'aux usages domestiques : lavages, etc.

Sur le trajet de la conduite de la source Leroy, qui émerge au milieu de prairies, se trouve un réservoir de 8 mètres cubes environ, séparé de la chaussée par une simple pierre non scellée, au niveau de laquelle vient aboutir en pente douce un ruisseau assez malpropre, suivant le bas-côté de la rue de la Vierge; le réservoir est plus ou moins étanche et l'eau de la source y aboutit par une conduite en poterie datant de plus de dix ans.

Les eaux de l'étang ou de la concession sont celles d'un ruisseau, le Douet, qui coule à ciel ouvert. Ce ruisseau tombe dans une caisse en maçonnerie qui forme un petit réservoir et dans laquelle aboutit aussi un caniveau qui a suivi en pente douce tout le côté droit de la route de Honfleur dans toute l'étendue de la traversée de Villerville. Après la caisse se trouve un petit tunnel qui mène l'eau au lavoir et à la mer, et d'où part un tuyau en ciment qui alimente deux bornes-fontaines et des concessions particulières. Ce tuyau, par suite de son abouchement, reçoit surtout l'eau du Douet, mais il date de vingt ans et baigne d'abord dans le mélange de l'eau du Douet et du caniveau, la pression à l'intérieur étant la même qu'à l'extérieur. Des chalets de Villerville sont abonnés à l'eau; on leur a donné l'eau de l'étang, qui, du reste, a une bonne apparence.

Le premier cas fut celui d'un pêcheur qui avait contracté sa fièvre au Havre. Ses déjections furent jetées dans le caniveau de la route de Honfleur et passèrent dans l'eau destinée à alimenter les concessionnaires et deux des bornes-fontaines. Or, l'épidémie se localisa dans la zone des maisons concessionnaires, dans la zone qui est celle des bornes-fontaines desservies par cette même eau. Dans les chalets, il a été établi que ce que l'on servait surtout à la table des maîtres, c'était de l'eau minérale ou de l'eau prise à la fontaine de l'église; les domestiques, au contraire, ont surtout fait usage de l'eau de la concession, aussi ce sont surtout elles qui ont été frappées. A l'Hôtel Bellevue, où l'agglomération était grande, il n'y a pas eu de malades, parce que l'on se servait de l'eau de la source Leroy. L'épidémie secondaire est due à une pollution secondaire de l'eau du caniveau par le jet de déjections typhiques de la première poussée.

Si la population indigène a été peu atteinte, c'est que sa boisson principale est le cidre; si les enfants ont été frappés en grand nombre, c'est qu'ils vagabondent toute la journée dans la rue et consomment facilement l'eau des bornes-fontaines.

Dans l'eau de l'étang, on a trouvé le bacille d'Eberth.

Il faut, à Villerville, supprimer la consommation de l'étang et aménager d'une façon irréprochable l'eau de la source Leroy, qui court des dangers de souillure au réservoir ou dans les tuyaux de poterie qui forment sa canalisation au centre de l'agglomération. Il est donc bien facile, à Villerville, de se mettre à l'abri du retour de pareils accidents.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement des brûlures, par le docteur ROTTENBERG (*Annales de la Société de médecine de Gand*, 1891). — L'auteur a eu occasion de traiter, en deux ans, au delà de 600 brûlures de gravités diverses (depuis l'érythème jusqu'à la carbonisation des tissus). L'âge des patients variait de 16 à 60 ans. Il y avait des lésions siégeant à la figure, au cuir chevelu, au thorax, à l'abdomen et aux membres. Dans les cas les plus graves, les brûlures portaient jusqu'au tiers de la surface totale du corps.

Voici le traitement : les bulles ne sont pas enlevées, mais traversées par un fil de soie, préparé au sublimé, fil qui est laissé à demeure. Toute la surface de brûlure est ensuite recouverte d'une couche épaisse de vaseline à l'iodoforme (10 p. 100), puis d'une enveloppe imperméable. Ce pansement est renouvelé tous les jours.

Les douleurs sont très vite éloignées par l'application de ce pansement. La plaie gué-

rit rapidement, en laissant des cicatrices moins profondes et moins étendues que par tout autre traitement. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 juillet 1891. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : Traitement de l'ectopie testiculaire par l'excision du crémaster et la suture des piliers. — Des fils de catgut et de soie en chirurgie.

M. Félizet reconnaît que, parmi les jeunes enfants qui ont une ectopie testiculaire, un certain nombre peuvent guérir sans opération sanglante. Mais, dans beaucoup de cas, la chirurgie doit intervenir. Il rattache les douleurs au choc répété du testicule contre l'anneau, choc amené lui-même par les contractions du crémaster ; il y aurait une véritable contension de l'anneau. M. Félizet n'opère du reste que quand les douleurs sont très vives, qu'il y a des vomissements, des syncopes. L'opération consiste à extirper les muscles crémaster que l'on trouve très développés, surtout dans leur faisceau externe, et à faire la suture des piliers de l'anneau, ce qui bouche l'orifice herniaire; on ne laisse que juste le passage du cordon. Cette suture a encore pour effet de créer une sorte de varicocèle expérimental; le testicule se greffe et descend facilement les jours suivants. M. Félizet emploie des fils d'or pour la suture des piliers.

M. Lucas-Championnière insiste sur ce fait que, ce qui est important, ce n'est pas la fixation de la glande, mais la libération du cordon. Le procédé de M. Félizet, qui fait une excision circulaire du crémaster, peut être suffisant dans les cas ordinaires, lorsque le testicule descend par de simples pressions, mais il échouerait s'il y avait des adhérences à rompre. Enfin, il faut attendre quelque temps avant d'affirmer le succès d'une opération, car la récidive se fait très facilement.

M. Félizet donne la date de ses opérations. Elles ont été faites il y a vingt-deux, huit, neuf et dix mois.

— M. Bouilly emploie actuellement les fils de soie pour faire les ligatures et les sutures. Ils valent mieux que les fils de catgut, dont la stérilisation est beaucoup plus difficile et qu'on ne peut guère obtenir assez aseptiques. De plus, le catgut détermine souvent une irritation locale assez notable. La soie tressée à plat est très utile pour les ligatures importantes, celles de pédicules; elle ne glisse pas et ne se relâche pas. La soie ronde ne doit être employée que pour les petites ligatures d'artères.

La préparation de la soie consiste à la faire bouillir dans une solution phéniquée forte ou mieux dans une solution de sublimé à 1/1000ᵉ, dans laquelle on la conserve. Les tissus tolèrent très bien la soie qui a été stérilisée dans le sublimé. Quelquefois on a un peu de suppuration au niveau du fils, même quand on a pris toutes les précautions désirables. Cela tient sans doute à un défaut dans la fabrication. Il est encore possible de stériliser la soie en la chauffant à 120° dans l'étuve humide; au delà de cette température, elle devient cassante.

La soie ne paraît pas cependant être également bien tolérée par les différents tissus. Quand le tissu contient beaucoup de graisse, il se fait souvent une sorte de mortification aseptique suivie d'élimination.

M. Pozzi trouve que le catgut rend les plus grands services quand il est préparé convenablement, qu'il est aseptique; c'est alors le meilleur agent à employer pour faire une ligature qui ne doit être que temporaire. Ce qu'il faut s'attacher à trouver, c'est un mode de préparation le meilleur possible.

Il faut distinguer différents cas, selon qu'il s'agit ici : 1° de ligatures d'artères; 2° d'affrontements ou de sutures ; 3° de fixations.

Le catgut convient absolument aux ligatures d'artères, car il se résorbe en huit jours

environ, tandis que la soie persiste à l'état de corps étranger; elle peut alors devenir la cause d'accidents, en s'infectant secondairement par le système sanguin.

Ces mêmes avantages feront choisir le catgut pour les sutures superficielles, les affrontements. Dans les cas de ligatures de pédicules, la soie, par contre, sera souvent préférable. Il faudra la choisir lorsque l'on voudra fixer un organe, car la fixation par le catgut ne dure pas alors assez longtemps; il en sera de même dans les sutures de soutènement. Le fil d'argent rend souvent des services quand il s'agit d'affronter des muqueuses, comme dans les opérations de petite gynécologie. Le fil d'argent est aussi très utile pour des pédicules ou des surfaces qui ont été baignées par le pus, car il n'est pas infectable.

Le meilleur mode de préparation du catgut est le suivant : On le dégomme d'abord à l'éther et on le fait séjourner dans l'étuve sèche à 120°. Puis il est traité par l'essence de bois et non de baies de genévrier et conservé dans l'alcool rectifié, où il doit séjourner huit jours avant l'emploi. On ne peut employer le sublimé, qui rend le catgut cassant et la préparation par l'acide phénique est trop longue.

Quant à la soie, M. Pozzi conseille de la faire bouillir dans la solution phéniquée forte. Malgré cela, il y a souvent une infection secondaire du fil au moment de l'élimination.

M. Quénu préfère, d'une manière générale, la soie au catgut, parce que ce dernier est beaucoup plus difficile à stériliser. Il ne peut admettre qu'il y ait une infection secondaire de la soie; si de la suppuration se montre à un moment donné, c'est que le fil avait été mal stérilisé. Cette stérilisation doit être faite à l'aide de l'autoclave en portant la température à 120°. Depuis deux ans que M. Quénu agit de cette façon, il n'a jamais observé l'élimination des fils dans les sutures profondes. On peut conserver les fils dans la solution de sublimé au 1/1,000, mais il ne faut pas qu'ils y restent trop longtemps, sans cela ils deviennent cassants. Pour les sutures faites dans les cavités naturelles, telle que le vagin, par exemple, il vaut mieux employer le catgut, parce que la soie ne se résorbe pas et qu'il peut alors y avoir réellement infection secondaire. Pour les sutures superficielles, c'est le crin de Florence stérilisé a l'autoclave que l'on devra choisir.

M. Bazy vante le catgut naphtolé, qui est très résistant, et convient surtout pour les ligatures profondes; il s'en sert encore pour les sutures en surget de la laparotomie, mais pas au niveau de la peau, qu'il irrite en se gonflant. Enfin, dans les myomectomies, le gros catgut est très utile. La soie plate est préférable pour les salpingectomies.

M. Terrier s'est servi pendant longtemps du catgut, mais il y a maintenant renoncé et le regarde comme inférieur à la soie. Le tendon de kanguroo peut le remplacer, mais il est presque impossible de s'en procurer. La stérilisation du catgut étant très difficile, il faut le réserver pour certaines opérations spéciales. La soie aseptique n'entraîne pas d'accidents, et il n'y a pas de suppuration réelle, mais les soins doivent être minutieux. Le séjour dans l'autoclave à 120° suffit, mais, comme il peut y avoir des fautes de préparation à l'hôpital, il vaut mieux faire bouillir ensuite les fils dans une solution de sublimé.

La soie ne doit pas être mise à l'étuve dans une boîte de nickel, mais dans une compresse comme le fait M. Quénu. Il ne faut pas non plus faire des bobines trop grosses, les tours profonds n'étant pas stérilisés, le mieux est d'enrouler le fil sur des plaques de verre à jour. Toutes les précautions étant bien prises, il n'y a pas à redouter de suppuration ultérieure.

M. Lucas-Championnière trouve que le catgut n'est pas aussi difficile à stériliser qu'on le dit. On peut fixer les organes en se servant de catgut et l'on n'a des échecs que s'il se produit de la suppuration; du reste, il est inutile de faire passer les fils à l'étuve, de les dégraisser, il suffit d'employer le procédé de Lister. Le tendon de kanguroo n'a guère d'avantages sur le catgut. On ne doit pas faire bouillir la soie, ce qui l'altère, et il est plus simple de la stériliser en la faisant baigner dans une solution de sublimé au centième.

— M. Bazy montre une sonde de beniqué, dans laquelle on peut introduire par un

mandrin une sonde en gomme du calibre n° 18. Cette sonde sera très utile pour les prostatiques.

— M. Quénu présente un *fibrome de la paroi postérieure de l'utérus enlevé par la voie vaginale après hystérectomie vaginale préalable.* Il insiste sur un procédé opératoire spécial très utile quand il y a des tumeurs solides à extirper. Ce procédé consiste à sectionner l'utérus selon le plan antéro-postérieur présenté par le centre de l'organe; il se forme ainsi deux valves qne les ligaments larges attirent latéralement et qui débarrassent le champ opératoire. On n'a qu'une perte de sang très minime, et l'on peut de suite agir dans le cul-de-sac de Douglas.

— M. Monteil a adressé à la Société un mémoire sur un procédé pour le traitement de l'ectropion de la lèvre inférieure. Il consiste à dédoubler la lèvre en faisant une incision parallèle à l'union de la peau et de la muqueuse.

FORMULAIRE

Mixture contre le rhumatisme chronique. — E. Marshall.

Salicylate de soude		
Iodure de potassium	àâ	8 grammes.
Acétate de potasse		
Extrait fluide de cascara Sagrada	àâ	15 —
Glycérine pure		
Hydrolat de cannelle	àâ	75 —
Hydrolat de menthe		

Faites dissoudre. — En donner 3 ou 4 cuillerées à café par jour. — N. G.

COURRIER

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur, à l'occasion de la Fête nationale :

Au grade d'officier : MM. Peyron, directeur de l'Assistance publique; Terrier, chirurgien de l'hôpital Bichat.

Au grade de chevalier : M. le professeur Ch. Richet, les docteurs Hutinel, médecin de l'hospice des Enfants-Assistés; Baudot, Métivier, Borne.

Avis important. — La Société médicale des hôpitaux décernera, à la fin de l'année 1892, un prix de 1,200 francs à l'auteur du meilleur mémoire sur l' « Allaitement artificiel ». Les mémoires doivent être adressés à M. le Secrétaire général de la Société des hôpitaux, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er juillet 1892.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

Il était à prévoir que l'on s'emballerait encore sur l'application des injections de chlorure de zinc au traitement des lésions tuberculeuses. Les uns n'y voient rien, puisqu'il ne s'agit pas d'un corps nouveau mystérieux; les autres y voient tout, même la guérison de la phthisie; les uns et les autres ont tort, mais surtout les derniers.

M. Lannelongue n'a fait qu'à peine mention de la phthisie pulmonaire; il a fait, chez deux malades atteints de lésions bien limitées, de celles que M. Tuffier aurait pu enlever par la résection, des injections de chlorure de zinc; mais évidemment il est difficile de le suivre dans cette voie. En effet, que dit-il à propos de sa méthode? Ceci, qu'il faut faire les injections sur les limites de la zone malade. Cela est-il possible pour la tuberculose pulmonaire? Je ne le crois pas. On peut atteindre ces limites en avant, en haut, peut-être en bas; mais en arrière? Et comment savoir exactement les limites d'un noyau tuberculeux, surtout ses limites profondes?

D'autre part, M. Lannelongue dit que, lorsque le tissu tuberculeux est en voie de caséification, l'injection de chlorure de zinc en détermine l'inflam-

FEUILLETON

CAUSERIE

Dans quel temps vivons-nous, mon Dieu! Que de choses extraordinaires! Pendant que l'Afrique du Nord est dévastée par les sauterelles, tellement nombreuses qu'elles peuvent asphyxier les gens et arrêter les trains de chemins de fer, la France du Sud est infestée par les moustiques.

On nous écrit en effet de Perpignan que, dans le val d'Orge (Pyrénées-Orientales), des nuées de moustiques se sont abattues dans des proportions colossales et en nombre invraisemblable. Dénuées (pardon, je ne l'ai pas fait exprès, mais je ne le retire pas) de nourriture, les maudites bestioles s'attaquent aux hommes et aux animaux. Les chevaux deviennent furieux; les vaches, les chèvres, les moutons ne peuvent résister à leurs piqûres et meurent dans d'horribles convulsions.

Quant à leur action sur les hommes et les femmes, elle est presque incroyable : l'épiderme de celles-ci, qui est plus délicat, se convertit en une véritable plaie. Les mains et les bras sont tuméfiés et déformés. Dans le val d'Orge, on ne sait plus à quel saint se recommander.

L'origine de cette plaie pharaonique est attribuée à la destruction des oiseaux par suite des rigueurs du dernier hiver.

mation, la suppuration, et, — il choisit comme exemple l'adénite, — il faut alors ouvrir la collection et la traiter comme un abcès chaud. Que se passera-t-il s'il s'agit d'une lésion pulmonaire en voie de caséification? Car on ne peut prétendre pouvoir affirmer sûrement qu'une induration pulmonaire tuberculeuse, vue pour la première fois, ou suivie depuis peu de temps, est ou non exempte de caséum. Si l'on ne peut se prononcer exactement sur la nature du contenu d'un ganglion encore dur, encore moins peut-on le faire lorsque l'on constate une induration du sommet du poumon. Et si l'on peut tenter la chance de provoquer la suppuration ou la guérison d'une adénite cervicale au moyen d'une injection de chlorure de zinc, je ne pense pas qu'on puisse le faire lorsqu'il s'agit d'une lésion pulmonaire.

Donc, au moins autant qu'on puisse en juger actuellement, la méthode des injections de chlorure de zinc ne nous semble pas applicable aux lésions pulmonaires de la tuberculose. Encore moins à la phthisie pulmonaire confirmée. Ce serait, je crois, s'exposer à de graves mécomptes que de s'embarquer actuellement dans cette voie. — L.-H. P.

REVUE DES CLINIQUES

Un cas de tumeur cérébral, par M. Dianoux (1). — Le 5 février 1891 mourait, presque subitement, dans mon service, un jeune homme dont voici l'observation recueillie par mon aide de clinique, M. Guilbaud :

D..., cultivateur au Loroux, est atteint, vers le milieu de décembre 1890, d'une paralysie incomplète de la sixième paire gauche, pour laquelle il réclame des soins. Cet homme est vigoureux, n'a jamais été gravement malade, nie la syphilis et n'est pas alcoolique.

Pas d'antécédents héréditaires intéressants, si ce n'est que son père est mort à 72 ans, sans rhumatismes, d'une tumeur de l'estomac.

Sous l'influence du traitement : injections de strychnine, liniment révulsif, courants

(1) Résumé d'après la *Gazette médicale de Nantes*, 1891.

Il n'y a pas que dans le Midi que les moustiques sont terribles; il y en a aussi dans le Nord, et j'ai été appelé il n'y a pas huit jours auprès d'un jeune ménage qui, pour s'être endormi dans le bois de Meudon, certain après-midi, est revenu enflé des pieds à la tête. (Je n'ai pas vu les parties intermédiaires.) La tête était horrible! les paupières et les pommettes rouges et tuméfiées, comme érysipélateuses. J'ai vu autrefois une femme piquée par des abeilles : c'était absolument cela! Les pieds présentaient une particularité que je n'avais pas encore remarquée; une piqûre avait été faite au niveau du tendon du jambier antérieur; la gaine était le siège d'un épanchement tellement abondant qu'elle paraissait comme injectée avec du suif; les mouvements de flexion et d'extension étaient très douloureux. La jeune dame, bien entendu, était la plus monstrueuse; les paupières gonflées ne pouvaient plus s'ouvrir. Des compresses d'eau phéniquée au 50e amenèrent une résolution assez rapide de tout cet œdème. Méfiez-vous des cousins-moustiques dans le bois de Meudon.

*
* *

Il paraît d'ailleurs que cette invasion de bestioles est assez générale. M. Fulbert-Dumonteil, dans la *France*, attire à ce propos notre attention sur un sujet des plus fréquents : il s'agit d'une invasion de puces. Malgré quelques picotements involontaires et chimériques que ces lignes pourraient vous causer, chers lecteurs, tolérez que je vous raconte, après lui, cette curieuse et formidable invasion qui désole en ce moment la ville de Reading, en Pensylvanie. On ne voit de ces choses qu'en Amérique, dit-il; mais il se

continus, iodure de potassium à l'intérieur, la diplopie disparaît en quinze jours, et D... retourne chez lui... Il revient le 31 décembre 1890, mais son aspect extérieur est changé; plus de diplopie, mais il voit trouble. Il semble hébété, ahuri et entend un peu haut; il a le facies cérébral. Il entre à l'Hôtel-Dieu.

Le lendemain, l'examen fonctionnel révèle l'acuité, un pour les deux yeux, une bonne vision des couleurs; mais l'examen ophthalmologique dénote l'existence d'une double névro-rétinite, et la disposition en tête de clou des deux papilles fait porter le diagnostic de tumeur cérébrale. La papillite récente est surtout marquée à gauche.

M. Ménier ne trouve dans les urines ni albumine ni glucose. D = 1018. Le maladea des troubles urinaires : rétention nécessitant une fois le cathétérisme, puis besoins pressants d'uriner que D... a tout juste le temps de satisfaire; pollakiurie, nocturne surtout.

A l'auscultation du cœur, un bruit de galop que M. Trastour ne retrouve plus le 30 janvier. Le malade a, surtout le matin, des douleurs de tête très vives, et il mouche un peu de sang. Il a des bourdonnements d'oreilles. L'antipyrine et l'iodure de potassium (4 et 6 grammes par jour) atténuent à peine la céphalalgie. Le 4 février, celle-ci augmente d'intensité. Le soir, miction et défécation au lit.

Le 5 février, à huit heures, D... se lève après avoir bien dormi, il est obligé de se recoucher, il perd le sentiment. Sa respiration devient stertoreuse, et il meurt à dix heures du matin.

Autopsie le 6 février :

Stase veineuse dans les veines de la dure-mère.

Cerveau volumineux.

Sur la moitié droite de l'étage inférieur, le cerveau étant légèrement soulevé, apparaît une tumeur dure, un peu mamelonnée, grosse comme une petite orange, nettement pédiculée et qui semble développée au niveau de l'extrémité antérieure de la scissure de Sylvius. Le lobe frontal droit comprimé par cette tumeur est ramolli, presque diffluent. Les deux premières circonvolutions frontales sont à peu près intactes. La gaine du nerf optique droit est considérablement dilatée; celle du nerf optique gauche l'est aussi, mais moins.

Je vais m'attacher ici à démontrer, dans ce cas, l'importance de l'examen ophthalmoscopique.

Parmi les affections polymorphes et mal caractérisées par les travaux de ces vingt dernières années, il faut citer en tête les tumeurs intra-crâniennes.

---

trompe, car j'ai vu la même chose en 1881 à Alger, dans le quartier arabe. Et si je racontais ce que j'ai vu !....

Mais restons en Amérique. Tout récemment sont arrivés, à Reading, de nombreux émigrants irlandais. A tort ou à raison, on les accuse d'avoir apporté des puces, qui depuis se sont reproduites par milliards et rendent la ville absolument intolérable aux habitants. Les quartiers extérieurs sont particulièrement éprouvés. Mais au centre même de la cité, dans les maisons les mieux tenues, il est impossible de dormir en paix. Il n'est pas un seul logis où les puces ne fourmillent par myriades. Le Seigneur n'avait pas songé à cette plaie cuisante et grouillante pour châtier la vieille Egypte. Dans les rues et sur les places de Reading, on ne voit que pauvres gens, hommes, femmes, enfants, riches et pauvres, élégants et loqueteux, s'arrêter à chaque instant pour se frotter, se gratter, écraser entre les pouces ces terribles insectes qui sautillent sur les bras, sur les mains, sur les visages, se faufilent sous les robes et les corsages, bas, pantalons, chemises, vêtements les plus intimes.

Pour combattre cette désastreuses invasion, moins imposante sans doute mais plus agaçante que celle des Huns, on ne sait que faire. Toutes les poudres insecticides sont impuissantes à arrêter le fléau. Les puces victorieuses n'en sautillent que de plus belle et les indigènes continuent à se gratter.

Cette étrange invasion n'est pas la première qu'ait enregistrée la science. Il y a deux ans, tout le quartier de Harlem, à New-York, fut envahi par d'innombrables escadrons de puces. Des feux furent allumés, des boutiques fermées, des maisons abandonnées.

Leur diagnostic est aisé quand elles affectent une région dont les fonctions sont bien définies; il devient très difficile quand elles atteignent certaines circonvolutions de l'encéphales dont le rôle est encore indéterminé. Souvent, dans ces conditions, rien ne révèle les ravages produits, jusqu'au jour où éclate la crise qui parfois est le premier acte à la fois et le dénouement.

Des symptômes les plus fréquents, on doit constater la céphalée persistante, généralement assez exactement localisée. Le diagnostic m'en paraît cependant difficile.

Ensuite viennent les vomissements réflexes, sans règles, dont la bizarrerie même sert de guide dans le diagnostic.

Ces deux symptômes peuvent manquer absolument. Au contraire, la papillite ne manque guère et dans 75 cas elle a été la règle dans les limites que je vais essayer de fixer.

Pour qu'une papillite se produise, il faut et il suffit que le liquide céphalo-rachidien soit altéré dans sa constitution par le mélange de déchets provenant de la tumeur, c'est dire qu'il faut qu'une portion au moins de la tumeur baigne dans le liquide, en quelque région de celui-ci que ce soit. De là résulte qu'une tumeur développée dans l'épaisseur même de la substance nerveuse et entourée par celle-ci de toutes parts, pourra ne se révéler par aucun symptôme ophthalmoscopique spécial. Une telle tumeur pourra produire des lésions oculaires, atrophie de l'un ou des deux nerfs optiques, d'une bandelette, etc. Mais alors elle agira par compression, comme un agent de compression mécanique quelconque, mais non par ses qualités spéciales de tumeur.

Toutes les tumeurs en contact avec le liquide céphalo-rachidien produisent-elles la papillite? Je ne le crois pas. Les soulèvements du périoste par du sang après un traumatisme, l'hématome de la dure-mère, les tumeurs anévrysmales, peut-être les fibromes ne changent pas les qualités du liquide qui les baigne par l'apport d'éléments nouveaux, elles ne produiront pas la papillite, c'est aux néoplasmes qu'appartient ce privilège. Il faudrait y joindre, en se rapportant à de très rares observations publiées, les abcès à staphylocoques, mais rien ne semble différencier la papillite produite par un sarcome de celle que produit un tubercule ou une gomme. Le siège paraît également sans importance. Un point tout à fait resté dans l'ombre est de savoir si les tumeurs de la moelle peuvent avoir les mêmes résultats. La papillite indique donc une tumeur intracrânienne, mais elle ne donne aucun renseignement sur sa nature et son siège. Elle n'est pas un signe du début ou de la fin de la maladie, et ne peut qu'indiquer un certain

---

Les bêtes s'en donnent à leur aise : aux sauterelles, l'Algérie; aux rats, les Antilles; aux lapins, l'Australie; aux puces, l'Amérique. Si cela continue, que deviendra la souveraineté de l'homme? Parlons de la puce : vive et légère, gracieuse et délurée, une tête d'épingle, un point vivant, un grain sauteur. Sa vigueur est stupéfiante.

Un homme qui ferait des sauts en rapport avec des sauts de puce franchirait à pieds joints la tour Eiffel et descendrait les Champs-Elysées en trois bonds. Il lui faudrait quinze minutes pour faire le tour de Paris.

Les habitants de Reading doivent savoir que la puce porte tout un arsenal avec elle, qu'elle est faite d'aiguilles et de lancette, que ses piqûres sont intolérables. Mais, en définitive, une puce n'a jamais tué personne, et l'on pourrait, en saignant du nez, désaltérer des millions de puces; elle a beau jouer de la lancette, cette petite buveuse de sang ne nous rendra jamais anémique.

Est-ce qu'un docteur illustre n'a pas été jusqu'à prétendre que ce sont là des saignées hygiéniques, sagement ménagées par la nature?

La puce est une étonnante artiste, et l'on reste surpris de voir tant d'esprit dans une aussi petite bête. Est-il besoin de rappeler ces escadrons de « puces savantes » que des barnums ingénieux exhibent dans les fêtes foraines? En même temps qu'elle se distingue par sa belle intelligence, la puce se recommande par son grand amour maternel; ellepond douze œufs desquels sortent bientôt douze petites larves qui se nourrrisent d'atomes de sang desséché dus à la prévoyance maternelle. Le couvert à côté du berceau. La charmante petite bête!

degré d'altération du liquide céphalo-rachidien et probablement un état congestif des méninges consécutif.

Elle surviendra donc plus rapidement si la tumeur est, dès le début, en rapport avec la cavité lymphatique de l'encéphale, plus ou moins tard si la tumeur en est restée longtemps isolée.

Mais quel est le degré de viciation du liquide céphalo-rachidien qui détermine la papillite? Il est très probable qu'il faut une altération profonde de la qualité et une augmentation assez notable de la quantité du liquide pour que se produise l'envahissement, l'hydropisie des gaines du nerf optique et l'œdème papillaire.

La papillite ne serait donc pas un symptôme de la première période; mais on peut diagnostiquer de bonne heure par des signes d'un autre ordre : les paralysies motrices des yeux, celle surtout de la sixième paire, me semblent précéder habituellement l'apparition de la papillite.

Quand la papillite est constituée, a-t-elle une valeur pronostique?

Dans son évolution, la lésion parcourt une phase de développement, une phase d'état, une phase de régression qui amène l'atrophie plus ou moins complète du nerf optique.

Les deux premières réunies durent de quatre à six mois; la troisième a une durée plus longue.

J'ai toujours vu mourir les malades dans la période d'état. Je n'ai pas vu mourir par le fait de la tumeur cérébrale, quand l'atrophie optique était bien établie.

L'intensité de la papillite ne renseigne pas sur l'étendue et la rapidité de développement de la tumeur cérébrale.

La marche de la lésion est régulière, sans à-coup, sans rechute, sans modification par l'exacerbation des troubles encéphaliques.

Ces assertions graves diffèrent, je le sais, des idées reçues, mais j'en accepte toute la responsabilité; elles sont l'expression d'une conviction profonde née de longues observations.

Au point de vue du traitement, la constatation de la papillite n'a pas moins d'importance. Il faut se hâter et agir énergiquement. Nous agirons comme si l'affection était curable; l'iodure de potassium à très fortes doses, l'iodoforme seront administrés sans retard; en même temps, on emploiera les frictions hydrargyriques; les révulsifs me paraissent d'importance surtout morale.

Concurremment, on injectera la pilocarpine. Outre que la pilocarpine est le meilleur agent modificateur de la papillite, il n'est pas indifférent que le malade guérisse en con-

---

*
* *

Autrefois on élevait les enfants dans du coton. Aujourd'hui c'est dans du son qu'on veut le faire.

M. Hue a décrit, dans la *Normandie médicale*, un nouveau système de couchage des nouveau-nés qui comporte la suppression du maillot.

Le berceau est rempli de son aux deux tiers, son bien stérilisé par le séchage sur un four de boulanger. L'enfant, vêtu d'une chemisette, d'une brassière, et, au besoin, d'un petit tricot de laine, est posé sur cette couche molle, de telle sorte que sa tête et ses épaules seules portent sur l'oreiller de crin. Le reste du corps, nu à partir de l'ombilic, est couché directement sur le son. On peut mettre une boule d'eau chaude aux pieds. La couverture se compose soit d'une couverture de laine, soit d'une peau de mouton doublée d'un petit drap facultatif, que l'on fixe par des cordons au pourtour du berceau. L'enfant ne s'enfonce pas dans le son, comme on pourrait le craindre, mais il reste à la surface.

Les deux grands avantages de cet élevage dans le son, c'est de laisser au nouveau-né la liberté de ses mouvements et de le tenir toujours au sec. En effet, les déjections, liquides et solides, se roulent en boulettes ou en plaques, que l'on enlève facilement et sans inconvénient, en passant les deux mains dans la couche de son. On remplace le son enlevé par une quantité équivalente. Une toilette à grande eau, faite tous les matins, enlève les grains de son collés sur le corps de l'enfant. Pour les tétées, on enlève le

servant la vue; c'est aussi le meilleur médicament pour renouveler le liquide céphalo-rachidien et s'opposer à l'hydropisie méningée produisant ce que j'appellerai le glaucome du cerveau.

Les seuls cas que j'aie vu guérir avec conservation de la vue ont été traités, je dirai violemment, par la pilocarpine et l'iodure. C'est ainsi que j'ai injecté cinq jours par semaine, pendant quatre mois, une dose de pilocarpine produisant une forte transpiration à un jeune homme atteint de tumeur cérébrale hérédo-spécifique. Il a guéri avec conservation de la vue. Mais, souvent, il faudra mitiger le traitement dans la pratique.

Le point important est d'intervenir avant le début de la période d'atrophie; sinon, il faut laisser toute espérance.

Doit-on croire sans réserve à une guérison définitive, quand la papillite, après une apparition discrète, a laissé la vision intacte et que la santé paraît rétablie? Je terminerai en citant l'observation suivante :

Un jeune homme, réservé par la situation de sa famille à un brillant avenir, est envoyé comme fonctionnaire dans notre département. Marié depuis peu, il se plaint d'une frigidité peu en rapport avec son passé et les charmes de sa femme. Mais c'est parce qu'il voit double qu'il vient me consulter. Il a eu la syphilis. Bientôt surviennent des troubles cérébraux, torpeur, absences, aphasie, amnésie verbale, attaques épileptiformes, etc., puis apparaît une double papillite, qui d'ailleurs cède après quelques semaines, ainsi que tous les autres symptômes. Il va sans dire qu'un traitement convenable fut énergiquement appliqué, d'accord avec mon ami Hervouët, que j'appelai à voir le malade.

Une transformation complète s'opéra, l'avenir redevint souriant à notre malade; même, dans quelques mois, il ne manquera plus rien à son bonheur.

Il est rappelé à Paris et reçoit l'avancement désiré.

La veille de son départ pour sa nouvelle résidence, il jouait au billard chez son beau-père, tout à coup, il fléchit sur la jambe gauche et tombe... mort. — P. N.

BIBLIOTHÈQUE

L'ESCRIME ET LE DUEL, par C. PRÉVOST et G. JOLLIVET, ouvrage contenant 21 héliogravures tirées en taille-douce et 25 vignettes dans le texte. — Librairie Hachette.

Voici un livre qui intéresse le corps médical à plus d'un titre. D'abord, au point de

---

bébé et on le roule provisoirement dans les langes. Pour le sortir, on l'habille à l'anglaise, avec une petite culotte et des chaussons de laine, le tout recouvert d'une grande robe très ample.

Mais il y a un inconvénient dont ne parle pas l'inventeur du système; c'est que l'enfant, en s'agitant, peut glisser en bas de son oreiller, tomber la face dans le son, en remplir sa bouche et s'asphyxier.

***

La mode des robes longues, qui balayent si désagréablement la poussière pour les passants et la boue pour elles-mêmes, a provoqué un incident bien extraordinaire. Au Conseil sanitaire de la Basse-Autriche, le docteur Oser, professeur extraordinaire de médecine interne à la Faculté de médecine de Vienne, a proposé de demander au gouverneur de la capitale de prescrire l'enlèvement de la poussière des rues de la ville et de ses faubourgs, afin d'éviter que le port des robes traînantes ne soit une cause constante d'insalubrité.

Il vaudrait peut-être mieux, dit le *Lyon médical*, obtenir des dames, *par persuasion*, qu'elles renoncent à une mode hygiéniquement funeste, parce qu'elle véhicule, en effet, les poussières et les germes morbides absolument partout. Car, quelle que soit la vigilance de l'autorité en Autriche ou ailleurs, il est à présumer que les rues auront toujours de la poussière, des crachats, des déchets organiques et les robes les viendront ramasser.

vue de l'hygiène, l'escrime est un des exercices les plus favorables à la santé, au développement des forces, à la tenue de l'individu. Il est donc à désirer que cet exercice s'introduise de plus en plus dans l'éducation physique de la jeunesse ; je n'hésite pas à ajouter, des deux sexes. J'ai connu une dame très respectable, fille d'un professeur d'escrime généralement estimé, qui donnait avec succès des leçons d'escrime à des filles des meilleures familles. J'ai vu le professeur Chomel prescrire cette gymnastique à plusieurs jeunes demoiselles, qui s'en trouvaient bien. Or, il est logique que cette gymnastique, d'ailleurs attrayante, soit possédée, surtout par ceux qui l'enseignent, avec toute la perfection possible. Eh bien, l'excellent livre de MM. Prévost et Jollivet est parfaitement propre à donner cette perfection. M. Prévost, exécutant et professeur hors ligne, y est entré dans les détails les plus complets, et ses démonstrations claires et précises, aidées par des dessins topiques, font un enseignement sûr. Seulement, j'insisterai pour qu'on fît pratiquer l'exercice alternativement par les deux membres. Le maître qui — il y a un grand nombre d'années — me donnait des leçons d'escrime, avait l'avant-bras gauche chétif; mais son avant-bras droit, doué de muscles richement développés, était anormalement volumineux. Il faut éviter cette irrégularité, surtout chez les femmes.

Au point de vue de la chirurgie, il n'est pas un praticien qui ne puisse être appelé à assister à un duel et à porter ses secours à un blessé sur le terrain. En pareil cas, le chirurgien doit trouver, comme toujours, en lui ses décisions spéciales et ses moyens d'action; mais son rôle n'est pas toujours exclusivement chirurgical. A ce sujet, M. Jollivet a exposé des considérations d'une grande importance. Il a, de plus, placé en tête du volume un chapitre intéressant sur l'histoire de l'escrime.

Le livre de MM. Prévost et Jollivet est incontestablement un livre utile et par conséquent recommandable. — G. R.

REVUE DES JOURNAUX

Contribution au traitement des maladies du nez, de la gorge et du larynx, par le docteur S. Lœri (*Revue de laryngocologie*, 1891). — Dans le coryza aigu ou chronique, l'auteur emploie avec succès les badigeonnages quotidieus de la muqueuse nasale avec la teinture de belladone; dans l'amygdalite à répétition, les gargarismes avec une solution contenant de l'iode et du tannin.

Il serait si simple de mettre à la mode les robes courtes! Simple. Vous êtes bien bon, cher confrère. Si vous croyez qu'il est facile d'amener les dames à renoncer à une forme de robe, de chapeau ou de manteau qu'elles ont adoptée. Toutes savent combien ces robes longues sont incommodes dans la rue, qu'elles s'usent vite; mais, que voulez-vous, c'est la mode, et cela sert de réponse à tout. Allez-donc leur proposer de changer la longueur de leurs robes, au nom de l'hygiène; vous serez bien reçu; elles savent la chanson et elle vous la diront en se moquant :

Ousqu'y a d'l'hygiène, inia pas d'plaisir!

Et le plaisir, dans l'espèce, c'est d'avoir une robe qui vous donne une démarche gracieuse. Allez-donc chercher une démarche gracieuse avec une robe courte.

*
* *

S'il est une maladie qui cause de fausses alertes aux parents et aux médecins, c'est bien le faux croup, la laryngite striduleuse, comme on dit. Quand je dis aux médecins, c'est par contre-coup, parce qu'on vient les chercher avec toutes les angoisses possibles et imaginables et qu'ils n'ont la plupart du temps que la peine de rassurer les parents alarmés. Quelques malins laissent l'erreur se prolonger, et passent alors pour avoir guéri un cas de croup. Ceux-là je les abandonne à la vindicte de M. Henry Maret. Mais les autres..., Les autres nous racontent de jolies petites histoires comme la suivante.

Dans la diphthérie il attache plus d'importance au traitement général qu'au traitement local.

Depuis quelques années, il ne procède plus à l'ablation immédiate des papillomes à large base d'implantation ou survenant chez les vieillards : il les traite par l'insufflation de parties égales d'alun et de sulfate de zinc. Au bout de quelques jours, on les voit se crevasser et se désagréger. — P. N.

De quelques médications contre certaines affections pharyngo-nasales et laryngées, par le docteur E. Lœri (*Revue de laryngocologie*, 1891). — Le coryza aigu guérit, dans la majorité des cas, à la suite de deux ou trois badigeonnages quotidiens de la muqueuse nasale avec la teinture de belladone (vingt gouttes chaque fois pour un adulte). — Quant au coryza chronique, il faut habituellement de vingt à trente applications pour le faire disparaître. — Dans l'empyème de l'antre d'Highmore, les badigeonnages au chloroforme iodé (iode métallique, 1 gramme; chloroforme, 30 grammes) donnent d'excellents résultats. On trempe un pinceau dans le mélange que l'on introduira dans le méat moyen en le pressant assez fortement contre la paroi externe et postérieure, afin d'atteindre l'orifice du sinus maxillaire et d'y faire pénétrer le liquide. Guérison en quatre ou six mois de traitement. — Contre les amygdalites et périamygdalites à répétition, on emploiera un gargarisme au tannin iodo-ioduré (iode métallique, 10 à 30 centigrammes; iodure de potassium et tannin, de chaque, 1 à 3 grammes; eau, 100 grammes), deux ou trois fois par jour. Grâce à l'usage régulier de ce gargarisme pendant trois mois, les malades arrivent à se débarrasser pour toujours ou du moins pour plusieurs années de leurs amygdalites récidivantes. — Le spasme de la glotte chez l'adulte (hystérie, chorée, épilepsie, tabes, grossesse, goître, anévrysmes, tuberculose laryngée) est combattu avec succès par l'application sur la région du larynx d'un emplâtre composé ainsi qu'il suit : Extrait de belladone, trois parties; emplâtre de ciguë et de diachylon composé, de chaque, dix parties. — Enfin M. Lœri a remarqué que souvent les véritables papillomes du larynx se désagrègent et disparaissent au bout de trois à seize semaines sous l'influence d'insufflations d'un mélange à parties égales de sulfate de zinc et d'alun. — Il est à peine nécessaire de faire remarquer les défectuosités de quelques-unes de ces pratiques trop exclusivement médicales. — P. N.

C'était par une nuit de gel en février, dans ce premier et profond sommeil qui suit une journée de fatigue; mais quel sommeil eût résisté aux assauts réitérés de la sonnette?

Aussi les domestiques, toujours lents à se mouvoir, avaient été vite sur pieds et par les portes entr'ouvertes j'entendais à distance la voix brève du client : il faut prévenir monsieur de suite, mon enfant a le croup, j'ai une voiture en bas. Chemin faisant et dans les cahots d'une course rapide, je prenais quelques renseignements. L'enfant avait 4 ans; il n'était pas sorti depuis plusieurs jours, à cause du mauvais temps; personne autour de lui, frères, sœurs, parents et domestiques, n'était malade; lui-même ayant à peine toussé la veille, avait soupé de fort bon appétit et s'était couché et endormi comme de coutume.

Cela ne doit rien être, disais-je au père, et je ne vois pas, dans ces conditions, comment votre enfant aurait le croup et où il l'aurait pris.

J'arrive : — Merci, docteur, d'être venu si vite, me dit la mère; cela va mieux maintenant, mais j'ai eu bien peur, et je ne suis pas encore rassurée; j'ai transporté mes autres enfants dans les pièces voisines, donné de l'ipéca au malade; il vient de vomir et respire mieux.

L'enfant était assis tranquillement sur son lit, ne paraissant guère se douter de l'émoi où il venait de mettre tous les siens. J'examine le cou, ni gonflement ni glandes; je regarde la gorge, à peine un peu de rougeur; cet examen provoque une quinte et je reconnais la toux rauque et bruyante de l'angine striduleuse.

Vous pouvez être tranquilles, ce n'est pas le croup. — Mais ces peaux, docteur, ces

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 juillet. — Présidence de M. Labbé.

Sommaire : *Lipomes, pseudo-lipomes et œdèmes rhumatismaux. — Pseudo-tuberculose bacillaire chez l'homme. — Paralysie brachiale traumatique.*

M. Desnos : La Société s'est occupée à plusieurs reprises des lipomes et des pseudo-lipomes rhumatismaux. M. Desnos vient communiquer un fait nouveau et lire une note que M. Potain lui a remise.

Il s'agit d'une malade présentant un très grand nombre de tumeurs rappelant soit les lipomes, soit les pseudo-lipomes; quelques-unes de ces tumeurs étaient en voie de diminution. Cette malade est un type d'arthritique. La disparition des tumeurs de cette nature n'est pas rare; ainsi, la malade que M. Desnos présenta au mois de février dernier a vu deux de ses tumeurs diminuer progressivement, puis disparaître complètement.

Le cas actuel est intéressant par ce fait que l'on trouve à la fois, chez la même malade, des lipomes et les pseudo-lipomes décrits par M. Potain. M. Bucquoy pense que les lipomes sont dus à une trophonévrose, mais la diathèse arthritique joue certainement un grand rôle dans leur production. Ceci démontre la parenté étroite qui existe entre les lipomes multiples et les pseudo-lipomes ou œdèmes rhumatismaux. Cette parenté devient encore plus évidente après le fait, contenu dans la note que M. Potain a remise à M. Desnos, de la transformation d'un pseudo-lipome en lipome véritable.

Les pseudo-lipomes, dit M. Potain, ressemblent, à certains égards, aux lipomes, mais ils semblent n'être que des localisations spéciales d'œdèmes rhumatismaux. En effet, ils s'accroissent et décroissent assez vite, ce qui ne peut s'expliquer que par une infiltration séreuse. Mais ils ne gardent pas cependant l'empreinte du doigt et ils ne donnent que bien peu de liquide quand on les incise. Ceci est peut-être dû à ce que la sérosité infiltre les éléments cellulaires eux-mêmes au lieu d'être épanchée dans leurs interstices.

Un arthritique assez âgé, présentant un nombre considérable de ces tumeurs, éprouva après un coup de froid une douleur vive de la cuisse. Dès le lendemain, une tumeur du volume d'une orange s'était développée au point douloureux; le surlendemain, cette

---

peaux que l'enfant a rendues, il y a en a une qui ressemble à un tuyau, et je sais ce que cela veut dire, ayant vu des croups chez les enfants d'une de mes sœurs. On m'apporte la cuvette; du bout d'une aiguille à tricoter, j'explore le contenu et vois quelques membranes suspectes, dont une réellement tubulée. Qu'a donc mangé votre enfant hier soir? — Des pommes de terre, du gigot, un grattin.

La fausse membrane était du macaroni. Simplissime.

Pilules de créosote. — Schaper.

Créosote..................................	1 gramme.
Extrait de café ou de gentiane..........	1 gr. 50 centigr.
Réglisse pulv..............................	q. s. pour 20 pilules.

Pour masquer l'odeur de la créosote, on roule ces pilules dans de la poudre de café et on les y conserve. On peut aussi les dragéifier. — N. G.

Lotion contre la pelade. — Vidal.

Ammoniaque liquide..........................	5 grammes.
Rhum..	15 —
Décoction de feuilles de noyer.............	200 à 300 —

Mêlez pour lotions contre la pelade. — N. G.

tumeur avait diminué de moitié. Il s'agissait donc d'une fluxion séreuse. Un petit fragment de cette tumeur ayant été enlevé, l'examen microscopique y fit découvrir des cellules adipeuse volumineuses, claires, comme boursouflées. Dans les tumeurs anciennes, au contraire, les cellules étaient plus petites, plus nombreuses, moins claires. Il semblerait donc que l'hypertrophie des cellules constituant le pseudo-lipome fait place peu à peu à une hyperplasie cellulaire, de telle sorte que les tumeurs un peu anciennes présentent tout à fait la structure du lipome vrai.

M. Mathieu : Dans une communication récente, M. Bucquoy a rapporté un fait de lipome symétrique des extrémités coïncidant avec une sciatique double. Ce fait appartient à M. Mathieu.

Quelques années plus tard, M. Mathieu a vu un cas analogue de pseudo-lipomes symétriques développés, chez une arthritique, à la suite d'une sciatique double pouvant faire penser à une compression des racines du plexus sacré au niveau des trous de conjugaison.

Ces faits viennent à l'appui de la théorie névropathique de cette affection. Les lipomes et les pseudo-lipomes appartiennent d'ailleurs à une série nosologique qui reconnaît une cause nerveuse et qui commence à l'œdème et à l'érythème rhumatismaux pour se terminer au lipome vrai.

M. Rendu a reçu du docteur Dartignoles (de Bordeaux) l'observation d'un cas de lipomes multiples chez une jeune fille qui avait des antécédents héréditaires névropathiques et arthritiques. Cette malade, âgée de 21 ans, après une enfance délicate, a, depuis quelques années, des céphalalgies et des migraines très intenses ; elle a eu aussi des troubles de la miction ; la menstruation a presque disparu; les membres inférieurs sont très faibles. Elle a eu enfin de l'ichtyose coïncidant avec une sciatique droite, tandis que les lipomes se développaient en plusieurs points. Il y a actuellement neuf de ces tumeurs : deux à la face, deux au cou, une entre les omoplates, une dans la région lombaire, une à l'ombilic, et une de chaque côté à la partie interne et supérieure des cuisses.

— M. Hayem a observé, avec MM. Noël et Martel, un jeune homme de 17 ans, faible, mais sans antécédents héréditaires, qui succomba à une pseudo-tuberculose bacillaire.

A 13 ans, il avait eu une fièvre typhoïde. Depuis lors, il avait très souvent de l'embarras gastrique.

Au mois d'octobre dernier, ce malade est de nouveau pris d'embarras gastrique : malaise général, vomissements, température à 38°9, pouls à 120. Ces symptômes persistent pendant cinq jours, la température oscillant toujours aux environs de 38°. Au sixième jour, hypothermie (35°8) avec malaise général et refroidissement des extrémités. L'état s'aggrave : l'appétit est nul, la soif vive, les vomissements fréquents. Le malade est pris d'une diarrhée continue. On diagnostique alors une gastro-entérite infectieuse de nature indéterminée.

Le 21 octobre, l'état du malade est le même : diarrhée, vomissements, céphalalgie, point douloureux lombaire, hyperesthésie généralisée, affaiblissement considérable. L'examen de l'abdomen donne peu de renseignements : l'estomac et le foie semblent normaux ; il n'y rien du côté de l'appareil respiratoire ni du côté du système nerveux, sauf l'hyperesthésie et l'accablement. La température est toujours au-dessous de la normale et oscille entre 35°5 et 36° ; cyanose des extrémités et des ongles; ni adynamie ni ataxie.

La peau présente une teinte brunâtre peu accentuée, qui existait déjà six mois avant l'affection, mais qui s'est un peu développée ; M. le docteur Martel avait porté le diagnostic de maladie d'Addison.

Le 22 octobre, collapsus cardiaque de courte durée. Nouveau collapsus le 3 novembre entraînant la mort.

En somme, gastro-entérite infectieuse durant vingt-trois jours avec algidité et accentuation au cours de l'affection d'une teinte bronzée de la peau, déjà constatée antérieurement.

A l'autopsie, la capsule surrénale gauche est transformée en un foyer caséeux, grisâtre, du volume d'une petite noix; on n'y trouve ni cellules géantes ni bacilles de Koch. Mais M. Lesage y constate la présence du bacille de la pseudo-tuberculose. L'estomac, l'intestin, le sang contiennent également ce bacille. Dans l'intestin, on trouve une psorentérie intense avec desquamation légère, mais pas d'ulcérations ni de tubercules; rien au péritoine. Pendant la vie, l'examen du sang n'avait rien donné.

Les cultures sont très nettes. Le bacille se développe rapidement sur la gélatine qu'il liquéfie. Il se colore facilement par les couleurs d'aniline; il se colore mal cependant par la méthode de Gram.

L'inoculation dans le péritoine d'un cobaye détermine chez cet animal une péritonite à fausses membranes caséeuses, une péritonite pseudo-tuberculeuse typique. L'injection intra-veineuse donne à la souris une septicémie mortelle en trente-six heures.

Ces résultats permettaient d'expliquer tous les phénomènes que le malade avait présentés depuis longtemps; il s'agissait, en effet, d'une pseudo-tuberculose bacillaire ancienne de la capsule surrénale gauche s'étant généralisée par la suite.

Indépendamment du bacille de Koch, on peut donc voir se former, chez l'homme, des masses caséeuses dues au bacille de la pseudo-tuberculose. Cette observation est, en outre, un exemple d'entérite infectieuse à forme algide.

M. Netter : MM. Du Cazal et Vaillard viennent de publier, dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, un cas qui paraît très analogue à celui de M. Hayem.

M. Hayem : Le microbe trouvé par ces auteurs n'était pas le bacille pseudo-tuberculeux tel que l'ont décrit MM. Grancher, Charrin et Roger. Cet organisme se présente parfois sous forme de zooglées; dans le cas précédent, il s'est toujours montré sous sa forme bacillaire.

— M. Rendu présente un malade qui, il y a plus d'un mois, eut l'épaule droite prise entre deux timons de voiture. Trois heures après, il ressentait des fourmillements et de l'engourdissement de l'avant-bras et de la main. Le lendemain, tous les muscles de l'avant-bras et de la main étaient paralysés. Le traumatisme avait été léger, et cependant ces troubles fonctionnels intenses s'étaient montrés rapidement.

Il ne s'agit pas d'une simple paralysie radiale; tous les muscles de l'avant-bras sont pris, et il y a, en outre, une diminution considérable de force de quelques muscles du bras et de l'épaule, du biceps et du deltoïde surtout.

Si on compare le bras droit au bras gauche, on ne trouve pas d'atrophie manifeste; cependant, la peau semble pouvoir être plissée plus facilement du côté paralysé. Il n'y a aucun trouble de la sensibilité. La contractilité électrique est conservée. M. Joffroy, qui a fait l'examen électrique des muscles, a constaté un commencement de dégénérescence.

On ne peut admettre qu'il s'agisse ici d'une névrite, et l'on doit se demander si, bien que ce malade ne présente aucun stigmate d'hystérie, on ne se trouve pas en présence de troubles névropathiques. Mais une paralysie hystérique peut-elle exister avec conservation absolue de la sensibilité?

Ce malade a eu, il y a quatre ans, une fracture de la clavicule. A ce moment, il n'y avait rien eu du côté du plexus brachial; le malade éprouvait cependant des engourdissements dans le bras droit de temps en temps quand il avait beaucoup travaillé.

Peut-être ce premier traumatisme avait-il mis le plexus brachial en état d'imminence morbide?

M. Ballet : La paralysie hystérique peut se produire sans anesthésie. Il se peut que, chez le malade de M. Rendu, cette anesthésie se développe plus tard, comme cela arrive quelquefois.

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 13 juillet 1891, M. le docteur Hallette (de Montreuil-sur-Mer) a été nommé officier d'Académie.

Légion d'honneur. — Aux promotions que nous avons données doivent être ajoutées les suivantes :

Au grade d'officier. — MM. Bertherand, médecin-major en retraite; Bouchard, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Bourru, médecin en chef de la marine; Treille, médecin inspecteur de première classe des colonies; Bourgoin, directeur de la Pharmacie centrale des hôpitaux.

Au grade de chevalier. — MM. Joffroy, agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Cuffer et Rigal, médecins des hopitaux de Paris; Nicolas, Borély, Long, Jan, Gazeau et Mirabel, médecins de première classe de la marine; Collomb et Gentilhomme, médecins de première classe des colonies; Uhlmann, ancien médecin de la marine; Chavanne, médecin à Lyon; Defaut, médecin de la marine en retraite; Barré, Brémond, médecins à Paris; Magnin, ex-médecin du Bureau de bienfaisance du IXe arrondissement de Paris; les docteurs Roustan (de Cannes), Larquier, membre du Conseil général de la Charente-Inférieure; Baucher, pharmacien de première classe de la marine; O. Doin, éditeur à Paris.

Transport des contagieux a Paris. — Le Conseil d'hygiène de la Seine s'est préoccupé, dans sa dernière séance, du transport des contagieux et de la désinfection à Paris, à propos d'un rapport de M. le docteur Chautemps. Le service du transport des malades et de désinfection relève aujourd'hui de la préfecture de la Seine. Or, la préfecture de police, seule, est en mesure d'être renseignée et de diriger ce service. M. Chautemps demande donc que la préfecture de police ait la haute direction de ce service. La préfecture de la Seine, dit-il, serait considérée comme une entreprise privée mettant à la disposition de la préfecture de police des ressources que celle-ci ne saurait se procurer d'elle-même. — Une commission a été chargée de présenter des conclusions fermes.

Institut de France et Académie de médecine. — *Legs.* — Une dame française, Mme veuve G..., décédée à Pau, le 30 juin, à l'âge de 92 ans, a fait un testament d'un caractère scientifique, où, disposant d'une grande fortune, elle a fait notamment les legs suivants :

1° Un prix de 100,000 francs est légué à l'Institut de France (section des sciences), pour la personne de n'importe quel pays qui trouvera le moyen, d'ici à dix années, de communiquer avec un astre (planète ou autre) et d'en recevoir réponse. Elle désigne notamment la planète de Mars, sur laquelle se portent déjà l'attention et les investigations de tous les savants. Si l'Institut de France n'accepte pas le legs, il passera à l'Institut de Milan, et, en cas de nouveau refus, à celui de New-York.

2° Un prix de 50,000 francs est légué à l'Académie de médecine pour celui qui trouvera le procédé le plus simple pour la guérison des maladies du « cœur comprimé ».

(*Progrès médical.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

La diététique des maladies de l'estomac.

La diététique des maladies de l'estomac a donné lieu à un grand nombre de publications; et, depuis Hippocrate, qui disait du régime qu'il était presque toute la médecine, la plupart des praticiens lui ont accordé une importance considérable. Cependant, tandis que les uns, à l'exemple du père de la médecine, ne recourent que très rarement aux médicaments proprement dit, dans les affections gastriques; d'autres, tel que Lasègue, regardent les prescriptions diététiques comme insuffisantes. En réalité, comme le dit si bien le docteur Coutaret, dont nous aurons souvent à citer le beau livre sur les dyspepsies, régime et traitement doivent s'aider l'un l'autre, et si le régime suffit dans un certain nombre de cas, dans beaucoup d'autres l'emploi de médicaments convenables devient nécessaire.

I

D'une façon générale, quelle que soit la maladie de l'estomac que l'on ait à traiter, il faut autant que possible ménager le viscère. De là la nécessité de ne présenter au ventricule que des aliments facilement digestifs et de plus dans un état de division le plus complet possible. Tout le monde sait que certains vieillards ne deviennent dyspeptiques que parce que la chute de leurs dents les empêche de mastiquer convenablement. Il ne faut déglutir le bol alimentaire que lorsqu'il est parfaitement réduit en pulpe et imbibé de salive. Dans le cas d'impossibilité de la mastication, on recourra à des instruments appelés pulpeurs. Un des meilleurs, modifié par Galante, d'après les indications du professeur Debove, est très recommandé par M. Dujardin-Beaumetz.

Certaines substances, ainsi que Schiff l'a montré il y a longtemps, facilitent la digestion en provoquant la sécrétion de la pepsine ou plutôt de la propepsine. En tête de ces substances se place le bouillon plus ou moins gélatineux dont l'action utile a été scientifiquement démontrée par Herzen. Il est donc parfaitement indiqué de prendre un bouillon gras au début du repas. D'après Ewald, l'empois en solution aurait la même action que le bouillon. Ce dernier, dans le cas d'affection gastrique, devra être dégraissé et pris pur sans addition de pain ou de féculents divers. L'alcool à petites doses augmente l'acidité du suc gastrique (Richet), mais le médicament qui excite le plus la sécrétion de l'acide chlorhydrique est le bicarbonate de soude aux doses de 2 à 3 grammes avant le repas ou dans les trois premières heures de la digestion. Au contraire, la solution d'acide chlorhydrique ne paraît pas favoriser la digestion. Il ne faut cependant pas oublier (Coutaret) que les alcalins ne peuvent créer de toutes pièces une sécrétion

qui n'existe plus, et qu'il faut, dans ce cas, administrer les acides minéraux. Quoi qu'il en soit, Jaworsky a beaucoup insisté sur l'utilité des eaux minérales, telle que l'eau de Carlsbad, administrées avant le repas pour exciter la sécrétion de l'acide chlorhydrique.

Un certain nombre de médicaments gênent la peptonisation. Tels sont le fer réduit et les sels ferrugineux à acide autre que l'acide chlorhydrique (Klikowitsch), les fortes doses de chlorure de sodium, le chloral, l'iodure de potassium (2 à 3 grammes), le sulfate de quinine (1 gramme). La solution d'acide chlorhydrique ne paraît pas favoriser la digestion. L'alcool n'agit qu'à assez fortes doses; il faut qu'il y en ait plus de 5 p. 100 dans le mélange digestif; le salicylate de soude est nuisible, tandis que l'antipyrine agit peu.

Le professeur G. Sée a insisté sur l'utilité des boissons théiques chaudes abondantes (au moins un demi-litre) dans un grand nombre d'affections stomacales; elles font passer dans l'intestin les substances non digérées qui se trouvent dans l'estomac et les ferments de décomposition qui agissent dans un milieu acide. Pour produire la désinfection du contenu du ventricule, les *ablutions stomacales* seraient bien préférables aux antiseptiques. Nous verrons plus loin que, dans certaines affections au moins, d'autres auteurs ont préconisé le régime sec.

Dans toutes les maladies de l'estomac, et ce précepte est, du reste, à suivre aussi dans l'état de santé, il convient de régler ses repas de manière que celui du soir soit le plus léger, celui de midi étant le plus substantiel. Ils devront être pris à heure fixe, et jamais il ne faudra manger ou boire dans les intervalles. Enfin, il faut se garder d'une alimentation trop copieuse. Si, à la campagne, quand on fait beaucoup d'exercice, on peut manger fortement deux fois par jour, les hommes de cabinet, tous ceux qui dépensent peu, doivent savoir se borner et rester un peu sur leur faim en sortant de table.

Il faudra tenir grand compte, dans les prescriptions diététiques, des idiosyncrasies très variables selon les sujets. Le plus habituellement, ce sont certains mollusques qui provoquent toujours des phénomènes d'intoxication chez les personnes qui en mangent; d'autres ont de l'urticaire chaque fois qu'ils absorbent des fraises. M. Coutaret rapporte l'observation d'un jeune industriel, d'une bonne santé, qui aime beaucoup le poisson; cependant, chaque fois qu'il en mange, il est atteint immédiatement d'un érythème congestif intense de la langue, du voile du palais et des muqueuses buccale et naso-pharyngienne. Le même auteur cite le cas de l'oncle d'un des médecins de Lyon qui ne boit jamais de lait sans subir les effets d'un violent empoisonnement. Il est assez commun de voir des malades présentant les mêmes symptômes gastro-intestinaux, en guérir : les uns par le régime lacté, les autres par (ou plutôt malgré) le jambon fumé, les cornichons et la salade (Lantener).

Tout en reconnaissant qu'il y a beaucoup d'irrégularités individuelles dans la fonction de l'estomac, un médecin allemand, Leube, a essayé d'établir des régimes que l'on peut employer dans toutes les maladies de l'organe, et a rangé les aliments suivant l'ordre de leur digestibilité. D'après lui, au bout de sept heures, il ne doit plus rester d'aliment dans le ventricule; on doit donc, comme il le recommande lui-même, contrôler les régimes sur les malades eux-mêmes en recourant à la sonde stomacale.

Régime I. — Il comprend les aliments suivants rangés dans l'ordre de

leur digestibilité : bouillon, solution de viande, lait, œufs mollets et crus. Comme boisson, le malade prendra de l'eau pure ou légèrement gazeuse. Dans la journée, on peut donner des biscuits non sucrés.

La solution de viande de Leube est un produit spécial qui est préparé à l'aide du pancréas et dont les Allemands eux-mêmes sont loin de reconnaître l'utilité. Le bouillon n'est pas nutritif; le lait, comme le fait remarquer le professeur G. Sée, convient rarement aux dyspepsies chimiques; enfin, les œufs exigent, pour se peptoniser, un suc gastrique très acide. Le premier régime est donc loin d'être parfait et surtout ne peut s'appliquer à tous les cas. On n'y trouve que la moitié des aliments que prend un individu faible au repas (Boas).

Du reste il conviendrait surtout au début du traitement du catarrhe gastrique et à l'ulcère rond. Il serait indiqué de passer au régime II, dans le catarrhe, quand l'estomac digère dans le temps normal; dans l'ulcère, dans la seconde moitié de la deuxième semaine.

Régime II. — En voici la composition, les aliments étant toujours placés suivant l'ordre de digestibilité : cervelle de veau bouillie, riz de veau bouilli, poulet bouilli, pigeon bouilli, pied de veau bouilli. On peut joindre à ce régime les aliments du régime I, de la bouillie au lait faite avec du tapioca et des œufs battus, des soupes le soir. Lantener conseille d'y ajouter du pain grillé et beurré, des endives et des céleris cuits, du vermicelle, des fruits, mais bien murs. Le professeur G. Sée fait remarquer que cette universelle coction des aliments aboutit à la transformation en gélatine, substance non nutritive et inutile pour l'assimilation.

Cependant il faut, d'après Leube, continuer ce régime jusqu'à ce que le malade le digère parfaitement.

Régime III. — On ajoute aux aliments qui font parties des deux régimes précédents du bifteck saignant ou cru. Pour préparer le bœuf, on prend un morceau de cuisse que l'on racle avec une cuiller sans employer de force; les parties les plus tendres sont ainsi détachées, et on le fait rôtir dans du beurre frais. On peut aussi permettre un peu de pain blanc rassis, un peu de purée de pommes de terre et de faibles quantités de café et de thé avec du lait.

Lantener adjoint les poissons frais frits, les pommes de terre frites, le café et le thé au lait, un peu de fromage, les huîtres.

Régime IV. — Poulet, pigeon, chevreuil, perdreaux rôtis; rosbif saignant; veau rôti, macaroni. Très peu de légumes ou de fruits, très peu de vin de Bordeaux ou de vin du Rhin qu'il faut donner une heure ou deux avant le repas (toujours d'après Leube). Pas de sauces, pas de graisses dans les viandes.

Leube, pour laisser reposer l'estomac, impose de temps à autre à ces malades de véritables *cures de faim.* On fait un lavage sept heures après le repas de midi, puis on ne dîne pas, et ce n'est que le lendemain, à dix heures, que l'on permet de la soupe et des biftecks.

Les différents régimes que nous venons d'énumérer donneraient d'excellents résultats dans la plupart des affections de l'estomac : catarrhes, ulcère rond et cancer, dilatation, etc. Dans ce dernier cas, il faudrait seulement rejeter les aliments trop aqueux et boire peu. Cependant, comme la grande majorité des malades n'ont que des dyspepsies ou catarrhes gastriques ordinaires (Coutaret), il est inutile de leur imposer une diète aussi sévère et aussi assujettissante. Enfin, il ne faut pas oublier que beaucoup

de Français refuseront de se plier aux ordonnances et que, chez nous, on soumet un régime au malade, tandis que, en Allemagne, on l'y soumet (G. Sée).

Les viandes qui conviennent le mieux aux dyspeptiques sont les viandes maigres des animaux adultes : bœuf, mouton, poulet, que l'on doit accommoder sans sauces. Le porc, l'oie, le canard sont trop gras; la charcuterie, en général, est d'une digestion difficile. Il en est de même des tripes, du boudin, etc. Le gibier est presque toujours à rejeter; celui qui se mange frais est trop gras, celui qui se consomme faisandé est irritant.

Si l'on croit devoir recourir à la viande crue, on la prescrira pulpée. Les poudres de viande sont très nutritives, mais il est bien rare que les malades ne s'en dégoûtent pas rapidement.

Les poissons doivent être mangés absolument frais. Les plus digestibles sont la sole, le merlan, l'éperlan, le brochet. Les poissons gras, saumon, anguille, truite, sont beaucoup plus lourds. L'huître est un excellent aliment. Les œufs sont d'autant plus facilement digestifs qu'ils sont moins cuits.

Les dyspeptiques doivent être très réservés dans l'usage des corps gras, qu'ils supportent généralement assez mal et pour lesquels beaucoup d'entre eux ont, du reste, une grande répugnance. Les cervelles, que l'on regarde comme très digestives, contiennent beaucoup de graisse. Les féculents ne seront permis que dans les cas peu graves, et il faudra conseiller de les manger en purée. Les légumes verts gagneront beaucoup à être réduits en pulpe. On rejettera de l'alimentation les légumes crus ou vieux, les fruits acides crus. J. Heller a beaucoup préconisé l'usage de la choucroute.

Les dyspeptiques mangent beaucoup trop de pain (Coutaret), surtout de pain tendre, et il faut tâcher de les en déshabituer. On défendra absolument les pâtisseries, gâteaux, pâtés, etc., et il y a déjà longtemps que Fonssagrives a anathématisé les pâtissiers dont les produits sont la cause directe d'un grand nombre de dyspepsies. Chez quelques malades, après la moindre ingestion de pain ou de pâtisserie, il y a formation d'acide gras en quantité considérable.

Il faut rejeter les fromages fermentés, la crème, et ne permettre que les fromages blancs.

Le lait est généralement très bon; il en est de même du bouillon dégraissé. Par contre, les boissons alcooliques sont toutes mauvaises, surtout le vin et les alcools. On peut faire usage, à condition de ne pas en abuser, des boissons théiques et caféiques, mais l'eau pure est ce qu'il y a de meilleur. On peut aussi faire usage de bières légères peu fermentées, d'eaux minérales de table légères, telles que celles de Saint-Alban, de Renaison.

Enfin, si, d'une façon générale, rien n'est plus facile que de défendre au malade tout un groupe d'aliments, il n'y a, d'après Boas, aucune maladie chronique de l'estomac ou de l'intestin qui rende nécessaire pour longtemps une telle prescription.

Le docteur Coutaret a, dans un certain nombre d'aphorismes humoristiques, tracé les principales règles de l'alimentation du dyspeptique en général; on nous excusera d'en citer quelques-uns :

« Les aliments bien mastiqués sont à moitié digérés.

Prenez vos repas à heure fixe; votre femme vous en saura gré et votre estomac en sera reconnaissant.

Premier repas léger, déjeuner substantiel, dîner frugal, sont les conditions d'une bonne santé.

Mangez peu le soir, vous dormirez bien.

Les dents sont faites pour mâcher. Si vous n'en avez pas, achetez-en. Un bon dentiste est souvent le meilleur des peptogènes.

Méfiez-vous des liquides fermentés, ils sont de création humaine. Le vin conduit rarement à la vieillesse. L'eau pure des sources est la meilleure des boissons.

La marche et l'exercice sont de puissants apéritifs. Une promenade après les repas vaut mieux qu'une prise de pepsine.

Les magasins de charcutiers, confiseurs et pâtissiers sont des usines à dyspepsie. »

On ne saurait mieux dire, et il est regrettable que l'estomac soit trop souvent atteint de maladies assez graves pour que le régime ne puisse que fort peu contre elles.

II

Bien qu'un grand nombre de travaux aient été écrits dans ces dernières années sur les dyspepsies et les catarrhes de l'estomac, les différents états pathologiques que l'on peut observer ne sont pas encore nettement délimités. Cependant, les recherches poursuivies un peu partout sur la composition chimique du contenu stomacal ont permis de distinguer les unes des autres différentes espèces de dyspepsie et, à l'exemple du professeur G. Sée et de ses élèves, il y a lieu de décrire séparément : les dyspepsies par exagération de l'acidité du suc gastrique ou hyperchlorhydries ; les dyspepsies par anachlorhydries ou défaut d'acidité; les dilatations et, enfin, les gastrites.

I. *Dyspepsies par hyperchlorhydrie.* — Un certain nombre d'aliments doivent être formellement interdits : ce sont le gibier, la charcuterie et les fromages susceptibles de fermenter.

Les féculents seront pris en très petite quantité. En effet, l'action de la diastase salivaire sur cette classe de substances n'a lieu que si l'acidité dépend de l'acide lactique, ou si l'acidité chlorhydrique ne dépasse pas 2 p. 1000 (Richet, Defresne). De plus, l'excès d acide chlorhydrique gêne aussi la digestion intestinale; les féculents ne peuvent donc être attaqués dans l'estomac hyperchlorhydrique. On peut (Lyon) autoriser les lentilles, qui renferment une grande quantité d'azote, mais sous forme de purée seulement. Les choux, riches en cellulose inattaquable, seront formellement proscrits. Il en sera de même des pâtisseries, des graisses, des condiments, du pain frais; le pain grillé sera beaucoup mieux supporté

Lorsque les accidents seront dans toute leur acuité, et surtout quand il y aura lieu de penser à l'ulcère, le régime lacté est le plus indiqué. Il ne faut pas le continuer pendant trop de temps, mais un verre de ce liquide sera souvent extrêmement utile au moment où se produisent les crises douloureuses qui caractérisent l'hyperacidité (G. Sée). On donnera des viandes hachées et des œufs dont l'albumine fixe l'acide chlorhydrique.

Comme boissons, on peut permettre le vieux vin rouge riche en tannin et les bières peu alcoolisées. M. Lyon pense qu'il serait dangereux de réduire la quantité des boissons, car le suc gastrique a besoin d'être fortement dilué. Du reste, les malades se plaignent généralement d'une soif

ardente après les repas. L'estomac étant très sensible, il sera bon de donner des aliments tièdes (Boas).

M. Huchard est, au contraire, partisan du régime sec et calme la soif par des lavements aqueux et l'emploi de petites doses d'opium. Dans le régime sec, qu'a institué Chomel, le malade ne prend que des soupes épaisses, du pain, des viandes, du poisson et des fruits (sauf le raisin et ceux qui sont trop aqueux). Au début du traitement, on peut permettre un verre de liquide pendant le repas.

Enfin, dans les dyspepsies par exagération de sécrétion du suc gastrique, M. Dujardin-Beaumetz conseille un régime purement végétal, composé de féculents, de légumes et de fruits; comme boissons : lait, bière, pas de vin.

L'ulcère rond s'accompagne d'hyperchlorhydrie. Dans cette maladie, traitement et diététique se confondent, et il faut ordonner le régime lacté rigoureux (Cruveilhier). Cependant, on ne doit pas, sous prétexte d'alimenter convenablement le malade, donner des quantités de lait excessives, car il se produit alors des dilatations considérables (Debove). Les alcalins étant indiqués, il est bon de couper le lait avec de l'eau de chaux. Quelquefois, le lait est mal supporté, alors le professeur G. Sée conseille le régime carné, la pulpe de viande.

On ne devra revenir à l'alimentation ordinaire qu'avec une grande prudence.

Dans l'ulcère de l'estomac, aussitôt que le stade aigu est passé, Boas donne un régime carné abondant pour empêcher la mise en liberté de grandes quantités d'acide chlorhydrique.

Donkin conseille de laisser l'estomac dans un repos complet et d'alimenter par le rectum pendant une vingtaine de jours. Le traitement est excellent dans les formes graves, mais entraîne un affaiblissement marqué.

(*A suivre.*) Paul Chéron.

REVUE DES CLINIQUES

Rhumatisme blennorrhagique chez une petite fille de 5 ans, par le docteur A. Ollivier (1). — L'observation de M. Ollivier se rapporte à une petite fille de 5 ans 1/2, qui se présente à l'hôpital à cause d'une tuméfaction du poignet gauche, accompagnant un écoulement vaginal profus. Cet écoulement est épais, verdâtre, empèse le linge; il y a rougeur de la vulve, pas de défloration, de fréquents besoins d'uriner.

Les globules de pus renferment deux, trois et même quatre microcoques par globule; ils ne se décolorent pas par la méthode de Gram.

Le gonflement du poignet gauche s'étend de l'articulation radio-carpienne à la naissance des doigts; il est très marqué à la face palmaire de la main, dont la dépression a disparu complètement. Rougeur vers la racine de la main; téguments pâles et luisants partout ailleurs.

Tous les mouvements du pouce et du petit doigt provoquent de la douleur au niveau de leurs jointures; l'extension est pénible et peu étendue. Les mouvements sont très limités, mais peu douloureux au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes. L'affection paraît avoir intéressé la gaine des extenseurs et respecté celle des fléchisseurs. Pas de douleurs spontanées quand la main est au repos; douleurs provoquées par

(1) Résumé d'après la *Médecine moderne*.

la pression et les mouvements. La température, de 38° au début, descend graduellement à 37°.

On traite la vaginite par les injections de liqueur de Van Swieten étendue et l'arthrite par l'immobilisation et une légère compression ouatée.

Au bout de quinze jours, le gonflement diminue, la flexion devient moins douloureuse, mais bientôt on s'aperçoit que le membre supérieur s'est atrophié. L'écoulement finit par cesser définitivement et l'amélioration du côté de l'articulation fait chaque jour des progrès.

Ce qui a caractérisé l'affection, c'est sa fixité sur les articulations radio-carpiennes, métacarpo-phalangiennes et les gaines tendineuses; c'est sa marche lente et sa résolution tardive; c'est l'apyrexie et l'absence de sueurs profuses.

Pouvait-on voir là une arthrite du poignet consécutive à une leucorrhée simple, non spécifique, ce qu'on appelait jadis un rhumatisme génital? Ce n'était guère admissible. M. Ollivier n'a jamais rencontré cette complication chez les nombreuses petites filles atteintes de leucorrhée qui, depuis huit ans, ont passé dans nos salles; les ouvrages de pathologie infantile n'en font pas mention. Les caractères cliniques étaient tels que si, au lieu d'avoir affaire à une enfant de 5 ans, non déflorée, on eût eu affaire à une adulte, on eût porté sans hésitation, même avant l'examen du pus, le diagnostic de rhumatisme blennorrhagique.

On fit une enquête sérieuse et l'on découvrit que la fillette avait subi, de la part d'un apprenti, âgé de 16 à 17 ans, et atteint d'une blennorrhagie déjà ancienne, des attentats répétés.

Il s'agissait donc bien d'un rhumatisme blennorrhagique développé à la suite de tentatives de viol.

Il faut dire que le diagnostic n'a pu être confirmé d'une manière absolue par l'examen microscopique et les recherches faites sur le pus vaginal. On a trouvé des diplocoques intra-cellulaires, présentant la plus grande analogie avec le microcoque de Neisser, mais les cultures ont échoué. Cet insuccès ne suffit pas pour infirmer le diagnostic. Différents auteurs, Bornemann, entre autres, n'ont pas toujours réussi à découvrir le gonocoque dans le pus de blennorrhagies manifestes.

Les indications du traitement sont très simples; il est inutile de songer, dans le rhumatisme blennorrhagique, au salicylate de soude ni aux autres préparations salicylés; elles ne donnent rien.

Il fallait : 1° Guérir la vulvo-vaginite spécifique; 2° combattre l'infection; 3° traiter le rhumatisme articulaire et tendineux.

Les lotions et les injections vaginales hydrargyriques ont répondu à la première indication; on a, de plus, donné du salol à l'intérieur pour combattre l'uréthrite, d'ailleurs légère, qui existait.

Le sulfate de quinine a été administré pour prévenir ou arrêter l'infection. L'immobilisation, la compression ouatée, les courants continus étaient indiqués contre l'arthropathie et l'atrophie musculaire secondaire.

REVUE DES JOURNAUX

Sur la glande thyroïde. — Température des chiens après l'extirpation de cet organe, par le docteur UGHETTI (*Revue de laryngologie*, 1891). — L'auteur a observé un abaissement graduel de la température qui est *in medio* à 2 degrés au-dessous de la normale le jour de la mort de l'animal. L'abaissement est plus remarquable, 4 degrés, lorsque la mort arrive beaucoup de jours après l'opération. Seulement, pendant les accès convulsifs, la température s'élève au-dessus de la normale.

L'auteur croit que l'abaissement de température est dû à la dépression générale des fonctions et du rechange matériel des tissus sous la dépendance du système nerveux central. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 juillet 1891. — Présidence de M. Tarnier.

Sommaire : Kyste dermoïde du plancher de la bouche. — Traitement du pied-bot varus équin par l'extirpation de l'astragale. — Laparotomie immédiate pour lésion traumatique du foie. — Anévrysme traumatique artério-veineux de la carotide dans le sinus caverneux.

M. Heurtaux (de Nantes) a envoyé une note relative à des observations de *kystes dermoïdes du plancher de la bouche*. Cette note est lue par M. Monod. L'auteur est partisan de l'extirpation par la voie buccale. Dans un premier cas, la tumeur avait été prise pour une grenouillette et traitée par l'injection de chlorure de zinc; l'insuccès ayant été complet, on fit une incision pour vider la poche, puis on disséqua et on enleva la paroi; les lambeaux de la muqueuse furent suturés, et la guérison se fit rapidement.

Le deuxième cas a été opéré de la même manière; le kyste semblait avoir débuté deux ou trois ans auparavant. Dans les deux observations, il s'agissait de jeunes gens âgés de 17 ans.

Pour M. Heurtaux, il faut donc toujours se servir de la voie buccale dans les kystes dermoïdes du plancher de la bouche, et on doit faire l'ablation totale de la poche avec le bistouri.

— M. Kirmisson fait un rapport sur deux observations de M. Boursier (de Bordeaux), qui a traité deux *pieds-bots par l'extirpation de l'astragale*. Le premier malade était un homme de 25 ans qui avait un pied-bot varus équin invétéré survenu à la suite d'une paralysie infantile. Jusqu'en 1886, il ne souffrit pas et aucune tentative de traitement ne fut faite; mais, à ce moment, il se montra des douleurs assez vives qui conduisirent le malade à réclamer l'intervention de l'art. Les ténotomies du tendon d'Achille, du tendon du jambier antérieur et la section de l'aponévrose plantaire n'ayant pas permis le redressement complet, M. Boursier extirpa l'astragale. La plaie suppura beaucoup et la guérison fut lente; mais elle fut complète et le résultat est excellent au point de vue fonctionnel.

Dans le second cas, le pied-bot était double et congénital, l'hérédité de la difformité étant du reste remarquable dans la famille. On opéra le malade à l'âge de 7 ans. L'astragale fut enlevée du côté droit d'abord après l'insuccès des ténotomies; il y eut, après l'opération, une scarlatine, des suppurations graves et étendues, etc.; cependant l'enfant guérit, et on put intervenir du côté gauche sans qu'il y ait eu alors de complication grave. Le résultat final fut très bon.

Malgré tout, il persiste, chez les opérés de M. Boursier, un peu d'enroulement du pied. Aussi M. Kirmisson est-il bien plus partisan des opérations qui portent sur les parties molles. Il présente une fille de 8 ans chez laquelle les ténotomies et les appareils avaient échoué et qui a guéri par l'opération de Phleps: incision à ciel ouvert de l'articulation médio-tarsienne sur le bord interne du pied. L'enfant marche très bien.

— M. Terrier fait un rapport sur deux observations de M. Broca qui a traité des *plaies du foie* par la laparotomie et la suture. Il n'a pas réussi, mais, cependant, il est utile d'insister sur les points qu'il signale.

La première opération se rapporte à un homme de 37 ans, alcoolique, qui avait reçu deux coups de couteau dans le ventre, M. Broca ayant, après débridement, aperçu une plaie du foie, tenta d'en faire la suture; mais il ne put y parvenir car l'organe se déchirait. Il se contenta de faire un tamponnement à la gaze iodoformé après cicatrisation au thermo-cautère. L'hémorrhagie continua, il se développa une péritonite, et le blessé mourut.

A l'autopsie, on trouva une deuxième plaie du foie qui n'avait pas été vue. La plaie, tamponnée, renfermait une grosse veine sus-hépatique et n'avait plus saigné.

Le second malade avait reçu un coup de couteau à l'épigastre. La laparotomie montra qu'il y avait deux plaies de l'estomac et une sur la face antérieure du foie. Toutes ces

plaies furent suturées, mais l'hémorrhagie continua. En faisant l'autopsie, on trouva que le foie avait été traversé par le couteau et que c'était la plaie postérieure qui dominait.

M. Terrier pense que l'on doit faire la laparotomie immédiate et la suture des plaies du foie quand il y a des blessures de cet organe. Il importe de l'examiner très attentivement, afin de ne pas laisser de plaie inaperçue.

M. Pozzi rappelle qu'il existe de nombreuses observations rapportant des cas de suture de plaies chirurgicales du foie.

M. Lucas-Championnière a fait, avec succès, des sutures, lors d'extirpation de kystes hydatiques et M. Reclus y a eu aussi recours dans le même cas; il pense cependant qu'on ne peut comparer ces faits à ceux de M. Broca.

Pour M. Terrier, on ne peut comparer les plaies chirurgicales et les plaies accidentelles. Adler a publié un travail dans lequel il a étudié la question des plaies chirurgicales du foie, mais il n'a pas proposé la laparotomie pour les blessures de l'organe.

— M. Dieu présente un jeune soldat atteint d'*anévrysme artério-veineux dans le sinus caverneux*. Le malade reçut un jour un coup de fleuret sur l'œil droit; il se produisit immédiatement des vomissements, de l'œdème palpébral, une ecchymose sous-conjonctivale. Le lendemain apparurent des douleurs circum-orbitaires et un sifflement intermittent; la vision était bonne. Après quelque temps, le blessé ressentit tout à coup un bouillonnement en arrière du globe de l'œil et ce dernier fut repoussé en avant en même temps que se développait un chémosis énorme sans contraction pupillaire, des battements et un bruit de souffle continu. L'œil battait rythmiquement et ses mouvements diminuaient par la compression de la carotide. Il y avait du mal de tête, de la somnolence, et l'acuité visuelle était diminuée. La compression digitale entraîna, dès la première séance, une céphalalgie intense et de l'amaurose transitoire; on la refit une dizaine de fois et elle entraîna toujours les mêmes phénomènes. Actuellement, l'acuité visuelle n'est plus qu'un quart, on perçoit le thrill et un souffle doux dans la carotide. M. Dieu demande à la Société ce qu'il faut faire; il regarde, pour sa part, l'expectation comme indiquée, s'il ne survient pas de nouveaux accidents, car la ligature de la carotide primitive n'est pas toujours suivie de succès et la maladie peut guérir d'elle-même.

M. Périer a vu une fillette avoir un anévrysme de ce genre après une chute sur la nuque; la guérison se fit en quelques semaines. Il n'y avait pas de troubles du côté de l'œil, mais simplement du bruit dans la tête.

M. Delens conseille aussi l'abstention, d'autant plus que l'évolution de l'affection est mal connue.

C'est aussi l'avis de M. Tillaux, qui considère la ligature de la carotide comme inutile.

— M. Richelot présente une jeune fille qui a subi l'arthrectomie pour une synovite tuberculeuse du genou. Elle marche sans boiter et sans faucher, peut danser sans fatigue, et la tuberculose paraît guérie.

COURRIER

Congrès de la tuberculose. — Communications annoncées :

Baivy (Z) : Sur l'identité de la tuberculose des gallinacés et de la tuberculose humaine.

Cadiot, Gilbert et Roger : 1° Tuberculose humaine et tuberculose aviaire. — 2° Discussion sur la première question proposée par le Comité.

Chauveau (A.) : L'identité de la tuberculose de l'homme et de la tuberculose du bœuf, d'après les résultats des expériences sur l'infection des sujets de l'espèce bovine par les matières tuberculeuses empruntées à l'espèce humaine.

Courmont et Dor : 1° Tuberculose aviaire. Son bacille n'est probablement qu'une race du bacille de la tuberculose humaine. — 2° Vaccination antituberculeuse. Expériences complémentaires sur les propriétés vaccinales des cultures filtrées du bacille de la tuberculose aviaire.

Cavagnis : 1° Nouvelles expériences sur l'immunité de la tuberculose obtenue artificiellement. — 2° Expériences sur le traitement et l'immunité de la tuberculose des animaux au moyen de la lymphe de Koch.

Grancher (profr) et H. Martin : Sur la vaccination antituberculeuse.

Landouzy (L.) : Sur la tuberculose du premier âge.

Jacobi (A.) : Sur un cas de tuberculose congénitale.

Moulé (L.) : Des divers modes d'évolution de la tuberculose chez les animaux destinés à l'alimentation.

Robcis : Nouvelle statistique sur la question : existe-t-il, chez l'espèce bovine, une corrélation entre l'aptitude à la lactation et l'aptitude à la tuberculose?

Leroux (Charles) : Des résultats thérapeutiques obtenus dans les hôpitaux et sanatoriums marins. Nécessité d'un séjour prolongé.

Léon Petit : Œuvre d'Ormesson. Dispensaires, hôpitaux, colonies sanitaires pour les jeunes tuberculeux.

Solles (E.) : Sur le traitement prophylactique de l'hérédo-tuberculose.

Espina y Capo ; Prophylaxie de la tuberculose humaine et animale.

Ollivier (A.) : La tuberculose dans les habitations ouvrières.

Tison (E.) : Prophylaxie hygiénique de la tuberculose.

Arloing (profr) : 1° Prophylaxie de la tuberculose humaine et animale. — 2° Etude expérimentale sur les propriétés attribuées à la tuberculine de M. Koch, faite au laboratoire de médecine expérimentale et comparée de la Faculté de médecine de Lyon.

Kiener : Contribution à l'étude de la tuberculine de M. Koch chez le cobaye.

Schoull (E.) : Contagiosité de la tuberculose par les aliments des phthisiques.

Armaingaud : 1° De l'utilité, au point de vue de la prophylaxie de la tuberculose, de conseiller la désinfection et la destruction des crachats dans toutes les maladies à expectoration. — 2° Remarques d'ordre pratique sur un des plus importants paragraphes de l'*Instruction* du Congrès de la tuberculose, au point de vue des difficultés d'application.

Leloir et Tavernier : 1° Cas de tuberculose rare des os. — 2° Sur certaines transformations des tuberculoses tégumentaires.

Leloir (profr) : 1° Recherches sur certaines variétés de tuberculose tégumentaire. — 2° Recherches sur certains hybrides.

Hanot et Létienne : Note sur la bile cystique dans la tuberculose humaine.

Gilbert et Girode : Histogenèse du tubercule hépatique.

Hénocque (A.) : Des applications de l'analyse spectroscopique du sang à l'étude de la marche et des médications de la tuberculose.

Babès : 1° Sur l'action de certains produits chimiques du bacille de la tuberculose. — 2° Sur les associations bactériennes de la tuberculose.

Leroy (de Lille) : Sur une observation de bronchite grippale. Présence dans l'expectoration du bacille de Koch.

Mangin : De l'influence de la grippe sur la tuberculose.

Guyot (Th.) : Sur deux cas de tuberculose consécutive à la grippe.

Prioleau (de Brive) : Tuberculose et influenza.

Caberali : La tuberculose et l'influenza.

Daremberg : Influence de la grippe chez les tuberculeux.

Courtin : Deux cas d'influenza chez les tuberculeux.

Compaired : Influence de la grippe sur diverses manifestations tuberculeuses.

Page (R.-C.-M.) : Influence de la grippe sur la tuberculose.

Arthaud : 1° Étude statistique sur 2,000 cas de tuberculose traités par la médication tannique. — 2° Étude sur la fréquence relative des divers modes de contagion de la tuberculose.

Bernhein (F.) : 1° Transfusion du sang de chèvre dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — 2° Vaccin et tuberculose. — 3° De la valeur de l'hérédité dans la tuberculose.

Bertin et Picq : Sur les résultats expérimentaux et cliniques obtenus par l'emploi du sang de chèvre comme traitement de la tuberculose.

Grimbert (de Cannes) : Des conditions matérielles et dynamiques des injections d'huile créosotée.

Burlureaux : Coup d'œil d'ensemble sur l'usage thérapeutique de l'huile créosotée à haute dose injectée sous la peau.

Desprez (M.) : Application du chloroforme aux maladies épidémiques et contagieuses, et en particulier à la tuberculose.

Dubrandy : 1° Contribution au traitement de la tuberculose par l'aération. — 2° Tuberculose et influenza.

Guerder : Des injections sous-cutanées d'huile créosotée à haute dose. Technique de l'injection; accidents possibles; moyens de les éviter.

Picot (prof[r]) : Sur le traitement de la tuberculose par les injections sous-cutanées de gaïacol iodoformé.

Redard (P.) : Résultats éloignés de la cure des abcès froids par les injections d'huile iodoformée. Importance de la technique opératoire.

Roussel (J.) : Antisepsie pulmonaire hypodermique.

Sandras : L'antisepsie et les microbes aujourd'hui et dans l'antiquité.

Tapret : Des atmosphères médicamenteuses dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

Torkomian (V.) : L'effet des Stoëchas sur les bacilles de la tuberculose.

Valenzuela (F.) : 1° Traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations presque continues d'acide osmique avec l'air suboxygéné. — 2° Tuberculose et influenza.

Héricourt : Sur la valeur thérapeutique des injections de sérum dans la tuberculose.

Mégnin et Mosny : Sur une pseudo-tuberculose du lièvre.

Beretta : Associations microbiennes. Abcès froids enflammés.

Clado : Traitement de certaines arthrites des membres par le surchauffage.

Verneuil : 1° L'iodoforme dans la thérapeutique chirurgicale. — 2° Quelques points de la prophylaxie de la tuberculose.

Humbert : Sur le traitement chirurgical de la tuberculose du testicule.

Tuffier : Sur les hydrocèles tuberculeuses.

Marfan : Nouvelles recherches sur les troubles et lésions gastriques dans la phthisie pulmonaire.

Hutinel : Sur l'hérédité de la tuberculose.

Vignal : 1° Sur l'hérédité de la tuberculose. — 2° Identité de la tuberculose de l'homme et des animaux.

Hallopeau et Jeanselme : Sur les microbes des abcès froids.

Picqué et Dagonet : Tuberculose diffuse des membres; histoire pathologique de deux cobayes.

Ch.-M. Kohos : Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire en Tunisie, d'origine paludéenne.

Cornil et Tuffier : Résultats des extirpations de tissu pulmonaire chez les animaux.

Straus et Gamaleia : Des caractères distinctifs du bacille de la tuberculose humaine.

Lespinne : Sur une complication encore mal connue du lupus vulgaire.

Kirmisson : Sur le traitement de la péritonite tuberculeuse.

Pinard : Sur les injections de sérum de chien chez les nouveau-nés de tuberculeuses.

Programme des séances du Congrès

Lundi 27 juillet 1891. — A neuf heures du matin, M. le professeur Lannelongue recevra les membres du Congrès dans son service à l'hôpital Trousseau, rue de Charenton, et leur présentera les malades atteints de lésions tuberculeuses qu'il a traités par les injections de chlorure de zinc.

A dix heures et demie, M. le docteur Tapret recevra les membres du Congrès dans son service à l'hôpital Saint-Antoine et leur présentera l'appareil au moyen duquel il traite les malades atteints de phthisie pulmonaire. Il fera l'exposé de sa méthode et expliquera le fonctionnement de l'appareil. Les malades traités seront examinés.

A deux heures, séance d'inauguration du Congrès dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Discours de M. le président Villemin.

Discours de M. le professeur Verneuil : Sur les avantages de l'émigration urbi-rurale et les inconvénients de l'émigration ruri-urbaine pour les tuberculeux.

Discours de M. le professeur Grancher : Sur la vaccination antituberculeuse.

Discours de M. le professeur Arloing (de Lyon) : Etude expérimentale sur les propriétés attribués à la tuberculine de M. Koch.

L.-H. Petit : Résultats du premier Congrès pour l'étude la tuberculose.

Nomination de deux vice-présidents et de quatre secrétaires.

Mardi 28 juillet : A neuf heures du matin, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, discussion de la première question proposée au Congrès.

A deux heures. Réunion à l'Ecole pratique, dans le laboratoire de M. le professeur Straus : Présentation de cultures du bacille de la tuberculose humaine.

A trois heures. Questions diverses.

Mercredi 29 juillet. — A neuf heures, M. Verneuil recevra les membres du Congrès dans son service à l'Hôtel-Dieu et leur présentera plusieurs malades atteints d'affections tuberculeuses graves, guéries par les injections d'éther iodoformé. Leçon clinique sur ces malades.

A dix heures et demie. Réunion dans le grand amphithéâtre de la Faculté. Communications relatives à la deuxième question proposée.

A trois heures. Questions diverses.

Jeudi 30 juillet. — A huit heures et demie, M. le docteur E. Burlureaux recevra les membres du Congrès dans son service au Val-de-Grâce et leur présentera les malades tuberculeux traités par les injections d'huile créosotée. Démonstration du manuel opératoire et des résultats obtenus.

A dix heures et demie. Réunion dans le grand amphithéâtre de la Faculté. Communications relatives à la troisième question proposée.

A deux heures. Visite au Musée d'hygiène.

A trois heures. Questions diverses.

A sept heures et demie. Banquet du Congrès.

Vendredi 31 juillet. — A neuf heures. Réunion dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Communications relatives à la quatrième question proposée.

A deux heures. Questions diverses.

A cinq heures. Visite à l'Institut Pasteur.

Samedi 1er août. — A neuf heures. Communications relatives à la cinquième question proposée.

A trois heures. Questions diverses.

A cinq heures. Séance de clôture.

N. B. — Messieurs les membres du Congrès qui n'auraient pas reçu leur carte sont priés de la réclamer avant l'ouverture du Congrès, chez notre trésorier, M. G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain; elle leur sera remise sur la présentation du reçu de leur cotisation.

Cette carte sera nécessaire pour entrer dans les services hospitaliers et pour assister aux séances du Congrès à la Faculté de médecine.

— Parmi les nominations récentes dans la Légion d'honneur, nous avons lu avec plaisir le nom du docteur Edmond Barré, 45, rue Saint-Pétersbourg, l'un des plus méritants parmi les nouveaux chevaliers.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

La diététique des maladies de l'estomac (1).

II. L'hypochlorhydrie se rencontre dans un grand nombre d'affections; tantôt l'estomac est atteint primitivement, tantôt l'altération de la sécrétion dépend d'une maladie générale.

Dans un grand nombre de cas de cancer, il y a disparition ou grande diminution de l'acide chlorhydrique; ce déficit d'acide tient alors à l'atrophie de la muqueuse. L'hypochlorhydrie existe dans beaucoup de catarrhes gastriques, dans la gastrite chronique, dans certains cas de dyspepsie nerveuse, dans l'anémie et la chlorose, chez nombre de brightiques, de diabétiques et de tuberculeux.

Il faut bien se garder de croire que l'estomac ait toujours perdu sa fonction lorsqu'il est atteint de carcinome.

Il est des cas où, sous l'influence des lavages, les fonctions digestives, d'abord compromises, se rétablissent rapidement; il en est d'autres où l'estomac, pendant presque toute la durée de la maladie, fonctionne en apparence à peu près normalement. C'est ainsi qu'un malade du docteur Dujardin-Beaumetz vécut jusqu'à ses derniers jours en prenant, comme principal aliment, des salades d'œufs durs.

Tout le monde sait que, par contre, il est des malades qui vomissent continuellement dès le début du cancer, ou d'autres qui, sans avoir de vomissements incoercibles, ont un dégoût profond pour les aliments azotés, pour la viande et les corps gras.

Le régime alimentaire, dans le cancer de l'estomac, est donc essentiellement variable.

Cependant, d'une manière générale, il doit être composé d'aliments d'une digestion facile en tête desquels il faut placer le lait. Les cas dans lesquels le régime lacté a amené une amélioration temporaire, mais considérable, sont excessivement nombreux. Le régime absolument végétarien est le meilleur (Dujardin-Beaumetz). Dans le cancer du cardia, on devra surtout alimenter le malade avec des aliments liquides ou semi-liquides; la poudre de viande est très utile.

Le professeur G. Sée n'est cependant guère partisan du régime lacté dans le cancer, et il remarque que la pulpe de viande, aidée par des bouillons gélatineux, par des potages féculents, constitue le régime le moins défavorable.

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

Pour les anachlorhydries ordinaires, Lyon recommande tous les aliments existant et les féculents qui sont bien digérés. Les viandes le sont beaucoup plus difficilement, et il faut ne permettre que les viandes blanches finement divisées. De petites doses d'alcool peuvent être utiles. Le lait ne serait indiqué que s'il y a lieu de faire reposer un estomac épuisé par une alimentation exagérée (Lyon).

Le professur G. Sée préconise l'emploi des boissons théiques chaudes et abondantes. Il insiste aussi sur l'utilité de prescrire les alcalins de une demi-heure à une heure avant les repas afin d'exciter la sécrétion au moment opportun.

Dans les dyspepsies par défaut de sécrétion, M. Dujardin-Beaumetz ordonne l'usage du bouillon et de la viande en pulpe ou en poudre en en proportionnant la quantité à la puissance digestive du malade. On peut prescrire le lait ou le mélange de bouillon et de lait, aussi bien que le vin ou l'eau additionnee d'un peu d'eau-de-vie.

Les auteurs ne s'entendent guère sur la place nosologique exacte à donner au catarrhe gastrique et décrivent sous ce nom des états pathologiques différents. Pour M. Dujardin-Beaumetz, le catarrhe chronique se développe toujours sous l'influence des excès alcooliques, c'est la gastrite des buveurs. Le régime lacté constitue le seul traitement de cette gastrite; afin de ne pas priver subitement les malades d'alcool, on pourra recourir aux laits fermentés, au kéfyr. Pendant de longues années, sinon toute leur vie, les malades devront s'abstenir de boissons alcooliques. Cependant Lantener fait remarquer qu'au début du traitement il est souvent utile de donner un peu d'alcool, l'estomac ne sachant pour ainsi dire digérer que dans un milieu alcoolique.

M. Coutaret rattache le catarrhe gastrique à un état morbide général qu'il appelle état rhumatoïde et qui lui-même se rapproche du rhumatisme ordinaire. Comme régime, il conseille les aliments azotés, les viandes ordinaires, les viandes salées et fumées. Par contre, ainsi que M. Leven, il proscrit les choux, les alcooliques, les corps gras. Pour lui, la diète lactée n'est guère utile. Mais il n'en est pas de même du lait pris en boisson, surtout quand il y a lieu de soupçonner l'existence de lésions rénales. Le thé léger et les boissons aromatiques sont de beaucoup préférables au vin même très coupé.

III. *Dyspepsies avec fermentations anormales.* — Le régime alimentaire doit être basé sur l'abstention des aliments susceptibles de donner prise aux ferments : donc abstention des féculents, du sucre, des corps gras et du lait (Lyon). On pourra permettre les viandes rouges, les poissons maigres, de petites doses d'alcool. Le vin est souvent mal toléré. Rappelons que c'est dans ce genre de dyspepsie que l'acide chlorhydrique est surtout indiqué, car il empêche les fermentations anormales.

IV. *Dilatation de l'estomac.* — Tantôt la dilatation coïncide avec l'hyperchlorhydrie, tantôt avec l'hypochlorhydrie; on doit donc d'abord lui appliquer, selon le cas, les régimes que nous avons indiqués. Cependant la dilatation elle-même entraîne comme conséquences directes la stagnation des aliments et leurs fermentations anormales. Il faut donc tâcher de parer à ces accidents.

M. Bouchard a minutieusement tracé les règles du régime à suivre dans la dilatation. « Il faut, dit-il, que l'estomac soit distendu le moins possi-

ble, le moins souvent, le moins longtemps possible. » Entre les repas, le malade ne prendra jamais ni boissons ni aliments. Neuf heures sépareront les deux repas comme espace diurne et quinze heures comme espace nocturne. D'ordinaire, cependant, il faut concéder trois repas par jour, huit heures séparant les deux principaux et quatre heures le premier du second. Les heures seront, par exemple, sept heures et demie du matin, onze heures et demie, sept heures et demie du soir. Si les intervalles ne sont pas suffisants pour que la digestion du repas précédent soit complète, il faut faire le lavage de l'estomac. Les repas seront peu copieux, mais substantiels. Il faut suprimer tout ce qui est inutile en fait d'eau, et, par conséquent, les aliments liquides; 375 grammes de boissons à chacun des deux principaux repas, doivent suffire en général. On doit réduire les graisses qui peuvent empêcher l'acide chlorhydrique d'attaquer les aliments, ou bien il faut qu'elles soient émulsionnées comme dans le lait.

Les aliments doivent être très divisés; il faut donc ordonner des substances faciles à mâcher; pas de viandes dures, mais des viandes froides ou très cuites, braisées, des poissons bouillis.

Il est nécessaire d'écarter tout ce qui a de la tendance à la fermentation; l'alcool, les substances aigres, certaines parties du pain. Le vin, surtout le vin rouge pur, est très désagréable. Le malade qui ne peut supporter l'eau pure devra se contenter de lui ajouter un tiers de bière, un quart de vin blanc ou une cuillerée à café d'eau-de-vie. Pour le pain, il faut permettre la croûte exclusivement ou la mie grillée.

Au premier déjeuner : un œuf à la coque, des fruits cuits ou des marmelades, pas de pain ni de boissons.

Au deuxième repas : viandes froides assez cuites, viandes chaudes braisées de préférence, purées de viande, poissons bouillis, œufs préparés au lait, ou lait, bouillon, pas de viande, purées de légumes, fromages, compotes de fruits.

Comme fruits frais, trois seulement seront permis : les fraises, les pêches et le raisin.

En été, quand les malades suent copieusement, on pourra permettre un peu plus de liquides.

Quand ni la viande ni les végétaux farineux ne sont digérés, il faut instituer le régime lacté (Le Gendre); on commence par donner fort peu de lait, 100 grammes, de deux heures en deux heures, de six à sept heures du matin à dix ou onze heures du soir, on arrivera peu à peu à deux litres par vingt-quatre heures; on ne dépassera pas deux litres et demi en dix doses de 250 grammes. Puis on arrive, par des transitions insensibles, au régime mixte en ajoutant des jaunes d'œufs au lait, puis en remplaçant deux doses par un potage au riz, à l'orge, à l'avoine, au gruau ou aux pâtes. Il faudra laisser quatre heures à l'estomac pour digérer le potage. Enfin, on arrivera aux poissons, à la volaille froide pour le repas du matin, à la purée de pommes de terre pour celui du soir.

Au début, les lavements de boissons ou les lavements alimentaires pourront être utiles pour tromper la soif du malade ou le sustenter davantage.

Le professeur G. Sée s'élève contre l'abstinence des boissons et, pour lui, on peut prescrire les infusions théiques abondantes qui ne fermentent pas et débarrassent l'estomac des produits de putréfaction, des ptomaïnes; elles permettent souvent d'éviter le lavage. Comme régime, M. G. Sée prescrit des viandes fortes sous un petit volume, du poisson sans graisse, des

œufs, des fécules azotées, des légumes non décortiqués, du fromage. Il est dangereux d'empêcher les malades de boire, et le savant professeur a vu des malades réduits à une maigreur extrême et à une débilité effrayante, parce que l'on ne leur permettait que deux tiers de litre d'eau vineuse par jour et la dilatation n'était pas guérie.

Boas fait remarquer que souvent les dilatés se plaignent de la soif alors qu'ils ont l'estomac plein d'eau. Cela tient à un défaut d'absorption. Il donne, par jour, un litre de liquide par la bouche et un litre par le rectum, le premier par doses de 100 à 150 grammes; le deuxième, en deux fois, sous forme de lait avec des œufs et du glycose.

M. Dujardin-Beaumetz établit le régime de ses dilatés de la façon suivante :

Premier déjeuner à sept heures; deuxième déjeuner à onze heures; dîner à sept heures et demie.

On peut prendre de tous les aliments, mais il faut insister sur les viandes, les poissons, les œufs, les féculents, les légumes verts et les fruits.

a) Les viandes très cuites et plutôt braisées que rôties,

b) Poissons cuits au bleu ou à l'eau;

c) Œufs très peu cuits (crème);

d) Féculents à l'état de purée (pommes de terre, haricots, lentilles); pâtes alimentaires;

e) Légumes verts très cuits (purées de carotte, de navet, de petits pois frais, etc.);

f) Fruits en compote, sauf les poires et le raisin.

Pain grillé; pas de soupes liquides. Pour les boissons, prendre à chaque repas un verre et demi (300 gr.) de vin blanc coupé largement avec l'eau d'Alet; pas de vin pur; pas de liqueurs. Ne jamais boire entre les repas.

Il ne faut faire le lavage de l'estomac que quand la dilatation est trop considérable. Quand il y a de la diarrhée, on doit insister sur les végétaux et prescrire surtout les viandes et les fruits lorsque le malade est constipé.

Dans la dilatation, Lantener trouve qu'il est indiqué de donner de petites doses fréquentes d'aliments excitants.

Pour M. Coutaret, le régime sévère de Bouchard convient aux cas où l'estomac est continuellement dilaté, aux cas où il est forcé (Le Gendre).

Lorsqu'il y a simple inertie, le régime se confond avec celui de la dyspepsie en général. Il est important d'insister sur la prohibition des alcools, et de ne permettre qu'une quantité réduite de boissons.

V. Dans les *dyspepsies accompagnées de troubles sympathiques*, il faut réduire au minimum les excitations qui partent de la muqueuse stomacale; on y arrive (Dujardin-Beaumetz) en faisant du malade un végétarien, c'est-à-dire en lui ordonnant un régime exclusivement composé de féculents, de légumes et de fruits, et en lui donnant du lait comme boisson.

Nous croyons que, là comme dans les autres variétés de dyspepsie, il faut commencer par s'assurer de l'état du suc gastrique, afin d'avoir une base solide pour établir le régime. Cependant, il faut bien savoir que c'est dans la dyspepsie nerveuse, surtout, que l'on peut dire que les mets savamment choisis et de facile digestion ne sont pas toujours les meilleurs (Scohy). Il faudra donc tâtonner beaucoup.

Dans les *gastrites* en général, on devra ménager autant que possible l'es-

tomac en ne donnant que des féculents en purée, des viandes blanches en petite quantité, etc.

Dans l'atrophie de la muqueuse stomacale, la transformation des albuminoïdes ne se fait plus. Au contraire, la digestion des hydrocarbures devient meilleure, car aucun acide ne trouble plus l'action de la ptyaline (Boas). La digestion intestinale supplée alors à celle de l'estomac (Von Noorden). L'idéal de l'alimentation serait l'albumine peptonisée, mais nous savons déjà que les peptones sont difficiles à administrer. On pourra donner beaucoup d'hydrocarbures en bouillie, mais on limitera l'usage de la graisse. Les aliments seront très salés.

On a pu voir que, souvent, les auteurs les plus autorisés diffèrent sur le régime à appliquer aux maladies de l'estomac. La cause de ces divergences est, en premier lieu, que différentes maladies sont souvent désignées sous le même nom, comme nous avons déjà eu l'occasion de le dire ici même et, en second lieu, que, par suite des répugnances des malades à se soumettre à un lavage, beaucoup de médecins négligent l'examen chimique du suc gastrique auquel, du reste, ils ne sont pas habitués. Cet examen, dans l'état actuel de la science, constitue cependant la seule base sérieuse de la thérapeutique des dyspepsies et il exige un outillage si peu compliqué que tout le monde devrait savoir l'exécuter ou en faire comprendre l'utilité au malade. Sans les résultats qu'il fournit, on ne peut marcher qu'à l'aveugle.

Cependant, il ne faut pas demander à l'examen chimique plus qu'il ne peut donner. La diététique des maladies de l'estomac ne doit pas être basée seulement sur lui, mais aussi sur les idiosyncrasies des malades. Bien souvent donc des répugnances spéciales ou, au contraire, les facultés digestives exceptionnelles de certains estomacs pour un aliment donné, conduisent à modifier plus ou moins le régime rationnel.

Paul Chéron.

REVUE DES THÈSES

Des troubles gastriques dans la neurasthénie, par F. Mounier, 1890.

Conclusions : I. Il existe, en dehors de toute lésion anatomique, des troubles protéiformes des fonctions de l'estomac.

II. Ces accidents, placés sous la dépendance exclusive de la neurasthénie, ne doivent pas être confondus avec les perturbations gastriques relevant d'une affection viscérale ou nerveuse, à lésions connues.

III. *Sine materia* au début, ils peuvent, à la longue, aboutir à une atrophie secondaire des éléments nobles de la paroi stomacale.

IV. Les troubles digestifs névropathiques non combattus passent à leur tour à l'état de cause vis-à-vis des désordres du système nerveux; il se produit ainsi un cercle vicieux s'opposant à la guérison spontanée.

V. Les atrophies secondaires de la muqueuse de l'estomac nous montrent les dangers d'une thérapeutique d'expectation, et nous indiquent la nécessité d'une intervention prompte.

VI. Dans la neurasthénie gastrique, l'état général est tout et, si l'on peut appliquer le traitement local symptomatique, on doit en premier lieu songer à la médication sédative et tonique, à la suggestion, au bromure, aux douches et au gavage. — P. N.

Contribution a l'étude des connexions du cervelet, par le docteur J. Brosset, 1891.

Conclusions : 1° Envisagé au point de vue morphologique, le cervelet constitue une

annexe, un système surajouté, placé sur le trajet des faisceaux cérébro-médullaires, et qui paraît exercer une certaine influence sur les indications motrices qui vont des centres à la périphérie.

D'autre part, il est en relation non moins intime avec certaines dépendances du système centripète, celles peut-être qui, par les nerfs dits musculaires, sont aptes à lui fournir les notions nécessaires à la station ou à l'équilibre du corps.

2° Pour remplir ces fonctions, le cervelet est relié à l'isthme de l'encéphale par une vaste commissure dont les fibres s'étagent jusqu'au noyau rouge de Stilling, et se mettent en rapport avec les fibres cérébro-médullaires, centrifuges ou centripètes.

3° Cette connexion s'établit d'une part entre les faisceaux cérébelleux et les faisceaux pyramidaux par l'intermédiaire de cellules disséminées au milieu de leurs intrications (noyaux pyramidaux, etc.); d'autre part, entre les faisceaux cérébelleux et de gros noyaux de substance grise parfaitement délimités dans l'épaisseur de l'isthme de l'encéphale (olives inférieures et supérieures, corps trapézoïde).

4° Les faisceaux ascendants de Gall et de Flechsig ne pénètrent dans le cervelet qu'après avoir subi une réflexion au niveau des noyaux bulbo-protubérantiels avec lesquels il contractent d'étroits rapports.

5° Ces connexions sont démontrées par l'anatomie normale — par l'anatomie pathologique (dégénérescences secondaires dans les lésions du cervelet et dans les lésions expérimentales); — et par les faits cliniques. — P. N.

REVUE DES JOURNAUX

Emploi du thym commun dans le traitement de la coqueluche. — Le docteur S.-B. Johnson a signalé, il y a trois ou quatre ans, le thym commun (*thymus vulgaris*) comme un médicament utile contre la coqueluche. Or, le docteur Neovius vient de publier un mémoire sur ce médicament, qu'il considère presque comme un spécifique. Pendant une épidémie de coqueluche, il a eu de nombreuses occasions d'en observer les effets, et il est arrivé à cette conclusion que, s'il est administré de bonne heure et avec persévérance, il guérit invariablement la maladie en une quinzaine de jours; les symptômes disparaissent généralement en deux ou trois jours; mais ils tendent à se reproduire si le thym n'est pas pris régulièrement pendant au moins deux semaines. Quant à la dose du médicament, il est d'avis qu'elle doit être plus élevée que celle qui est conseillée par le docteur Johnson. Il fait prendre de 45 à 180 grammes par jour, mélangés avec une petite quantité de sirop de guimauve. Il n'a jamais vu cette médication produire des effets fâcheux, à cela près d'une légère diarrhée. Il importe de faire prendre le médicament parfaitement frais. (*The therap. Gaz.*, 15 juin 1891.) — R.

Elimination des corps étrangers du nez. — Le docteur T.-I. Slaton décrit une méthode très simple — qu'il appelle *pneumatique* — pour obtenir la sortie des corps étrangers des fosses nasales chez les enfants : l'opérateur place un linge fin sur la bouche de l'enfant; il appuie un doigt sur la narine qui ne contient pas le corps étranger, de manière à en oblitérer complètement la lumière. Alors, il applique sa bouche sur celle de l'enfant, et pousse deux ou trois souffles énergiques. Le docteur Slaton emploie ce procédé depuis dix ans, et il affirme que, neuf fois sur dix, le corps étranger a été chassé hors de la narine. Le procédé peut, en effet, être utile dans certains cas. (*The therap. Gaz.*, 15 juin 1891.) — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 juillet 1891. — Présidence de M. Tarnier.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de candidature de M. le docteur Catelau;

2° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Dive.

MM. Millard et Costomiris sont élus correspondants étrangers.

— M. Le Fort fait la communication suivante :

« Dans la dernière séance, j'ai dû faire suivre la communication de M. Lannelongue d'une réclamation immédiate, mais j'ai cru convenable, par déférence pour l'Académie, de garder le silence après la réponse que me fit notre collègue.

Cette réponse, toutefois, je ne puis l'accepter, car, si elle est brève, elle est loin d'être péremptoire et surtout exacte.

Ce qui justifie mon intervention, ce n'est pas seulement parce que j'ai le droit de réclamer ce qui m'appartient, c'est aussi parce que si la priorité que je réclame m'appartient, elle appartient par cela même à la chirurgie française; tandis que, si elle ne m'appartenait pas, elle reviendrait non à M. Lannelongue, mais à la chirurgie allemande.

De quoi s'agit-il en effet? Si l'on a pratiqué depuis longtemps des ponctions dans les articulations et même des injections iodées dans les cas d'hydarthrose, on n'avait pas, que je sache, avant 1879, tenté d'agir directement sur les proliférations synoviales des arthrites fongueuses, en portant dans les tissus malades, au moyen de la seringue de Pravaz, un liquide modificateur. C'est là ce qui constitue essentiellement la méthode; la question du liquide employé, les explications théoriques des faits matériellement observés, ne sont que secondaires.

J'arrive maintenant à la réponse de M. Lannelongue. Il nous dit :

1° *Je ne fais pas d'injections intra-articulaires, je les blâme au contraire.*

Je me borne à répondre qu'en ce qui me concerne, je ne fais pas d'injections dans la cavité articulaire, puisque je spécifie nettement dans mon observation publiée en 1879 que je les ai faites dans les fongosités du cul-de-sac synovial et même en dehors de l'articulation, sur les côtés du ligament rotulien.

Si je ne fais pas d'injections intra-articulaires, je ne me permets pas de les blâmer et je me le permettrais d'autant moins, que ces injections paraissent au contraire donner de très bons résultats aux chirurgiens allemands.

On n'est pas autorisé, en présence de ces faits, à blâmer les injections intra-articulaires, et la méthode des injections dans le but de détruire les bacilles des fongosités synoviales est publiée en Allemagne depuis deux ans.

2° *Je ne fais pas,* dit M. Lannelongue, *d'injections interstitielles.*

Notre collègue se trompe. Il dit : « Il importe, pour éviter une eschare, de faire que l'aiguille soit sous l'aponévrose, c'est-à-dire *engagée dans la couche superficielle des fongosités.* » Et encore : « Lorsque les fongosités se rapprochent des téguments, on déposera le liquide dans les couches les plus superficielles des fongosités. » C'est exactement ce que je fais, et ces injections méritent à juste titre le nom d'interstitielles. Que M. Lannelongue en soit bien convaincu, car j'ai là-dessus mon idée personnelle, s'il amène le lendemain même de l'injection le durcissement des fongosités, c'est que le sel de zinc les a atteintes et a amené leur sclérose.

D'ailleurs, le fait d'enfoncer une aiguille d'un millimètre, en plus ou en moins, ne saurait suffire à constituer une méthode nouvelle. Ce qu'il y a de nouveau, c'est l'idée des injections modificatrices des fongosités; l'idée et la mise en pratique m'appartiennent depuis 1879. Quant à la théorie, à l'explication du mécanisme de l'injection, de son action sur les bacilles, elles appartiennent exclusivement à M. Lannelongue et je les lui laisse complètement. Notre collègue appelle son traitement méthode *sclérogène;* si je n'ai pas employé le mot, j'ai recherché, obtenu et décrit la chose, ce qui est essentiel.

La troisième partie de la réponse de M. Lannelongue est celle-ci :

Je n'ai pas employé le sulfate de zinc, mais le chlorure de zinc.

En cela, je crois que M. Lannelongue a eu tort, et je me permets de lui recommander le sulfate. Le chlorure de zinc expose à des eschares, c'est pour cela que je l'ai rejeté de suite, et la lecture du travail de M. Lannelongue montre que la crainte des eschares est l'objet constant de ses préoccupations.

La substitution d'un sel de zinc à un autre, ou même d'un sel de cuivre ou de fer à un sel de zinc, ne saurait constituer une méthode nouvelle. Que, dans un an, dans dix ans,

un chirurgien vienne nous lire un mémoire sur le traitement des fongosités articulaires par les injections interstitielles ou même sous-cutanées non plus avec le chlorure, mais avec l'acétate de zinc, il n'est pas un de nous qui ne lui dise : « Mais c'est la méthode de M. Lannelongue! » Eh bien, la méthode de M. Lannelongue de 1891, qui fait l'injection articulaire sur la périphérie des fongosités; celle de M. Wendelstadt de 1889, qui les fait dans les fongosités mêmes; celle de MM. Bruns et Krause de 1890, qui les font dans la cavité articulaire, quelles que soient les idées théoriques qui ont guidé ces chirurgiens, ne sont que de simples modifications de la méthode imaginée, mise en pratique et publiée par M. Léon Le Fort en 1879. »

M. Guérin cherche à diminuer la vitalité des tissus en les comprimant avec la ouate. Au début, il fait souvent une petite saignée locale, et souvent aussi met des pointes de feu avant de faire la compression. La méthode de M. Lannelongue doit être très difficile à appliquer quand tout se borne à des tubercules interosseux, dans la tête du fémur, par exemple. M. Guérin pense que l'extension continue, dans la coxalgie, offre certains dangers et que la compression élastique donne les meilleurs résultats.

M. Lannelongue ne blâme les injections articulaires que si on emploie pour les faire le chlorure de zinc. On peut y recourir avec d'autres substances, l'éther iodoformé, par exemple. S'il a fait quelquefois des injections interstitielles, ce n'est pas que erreur. Ces injections interstitielles ont été faites pour la première fois, par Luton, en 1875, mais seulement dans les ostéo-périostites. Hueter, en 1877, a traité des tumeurs blanches par des injections intra-articulaires d'acide phénique.

M. Lannelongue pense qu'il arriverait facilement à travers les petits foyers tuberculeux intra-osseux en agissant sur le périoste qui contient les vaisseaux nourriciers qui vont à l'os. Ces foyers ne sont pas graves s'ils restent limités et guérissent alors souvent d'eux-mêmes. S'ils envahissent les parties voisines, la méthode peut les atteindre facilement. Les tractions continues sont très utiles dans les coxalgies.

Les sels de strontiane. — M. Laborde fait une communication sur l'emploi des sels de strontiane qui sont inoffensifs et utiles en thérapeutique; le bromure de strontiane peut remplacer le bromure de potassium et ne donnne pas lieu aux mêmes phénomènes cérébraux.

M. Gautier fait remarquer que les sels de strontiane du commerce sont toujours impurs et contiennent des sels de baryum fort dangereux. On se sert des sels de strontiane pour déplâtrer les vins, et c'est là une fraude dangereuse.

— M. Panas présente six malades qu'il a guéris d'*ectropion* en transplantant des lambaux de peau pris sur une autre partie du corps. L'opération doit être absolument antiseptique.

— M. Ricard présente une malade à laquelle il a fait l'ablation d'un sarcome de l'os frontal; la perte de substance fut comblée par un os iliaque de chien, et actuellement, trois mois et demi après l'opération, la soudure osseuse est parfaite.

MM. D. Labbé et Oudin rapportent les bons résultats qu'ils ont obtenus en traitant la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'air ozonisé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 juillet. — Présidence de M. Labbé.

Sommaire : *Traitement de la coqueluche par les vapeurs d'iodoforme. — Diathèse hémorrhagique. — Vulvo-vaginite des petites filles.*

— M. Comby communique une note de M. Chibret (de Clermont-Ferrand) sur un nouveau moyen d'arrêter rapidement les quintes de coqueluche chez les enfants. Cette méthode consiste à saupoudrer leur oreiller de poudre d'iodoforme. L'auteur tient à prendre date; il communiquera plus tard un mémoire plus étendu.

— M. Hayem présente l'observation d'une jeune femme de 22 ans, qui, depuis l'âge de 7 ou 8 ans, a des hémorrhagies très fréquentes. Son père avait eu, dans sa jeunesse, des épistaxis répétées. Chez cette malade, les épistaxis furent très fréquentes et très abondantes jusqu'à 15 ans. A cette époque, elles diminuèrent. L'état général s'améliorait notablement, lorsque, à 18 ans, la menstruation s'établit. Ce furent alors des ménorrhagies abondantes qui ne firent qu'augmenter après les premiers rapports sexuels. Quelques jours avant les règles, la peau se couvrait de taches de purpura. Ces troubles se compliquèrent à un moment donné de phénomènes dyspeptiques assez accentués.

Enfin, au moment où cette malade entra dans le service de M. Hayem, elle était dans un état de faiblesse extrême. L'examen du sang, pratiqué par M. Hallion, montra une diminution considérable des globules rouges, sans augmentation des globules blancs, et une grande rareté des hématoblastes. Ces derniers présentaient, en outre, une hypertrophie notable.

Il s'agit donc de ce que M. Hayem a appelé une anémie au troisième degré.

M. Hallion n'a trouvé que 2,015,000 globules rouges par millimètre cube. De plus, ces globules n'avaient pas la richesse normale en hémoglobine. Leur pouvoir colorant, en effet, équivalait seulement à celui de 1,568,000 globules sains. Le nombre des globules blancs était normal. Il n'y avait que 60,000 hématoblastes par millimètre cube, au lieu de 200,000; ils atteignaient 7 ou 8 μ de diamètre, c'est dire qu'ils étaient considérablement hypertrophiés.

Le sang se coagulait en six minutes, ce qui est le temps normal, mais le caillot se rétractait à peine, donnant très peu de sérum, ce qui n'est pas habituel dans les anémies du troisième degré.

M. Hayem a observé ces altérations dans des anémies consécutives à des hémorrhagies, en particulier dans les hémophilies secondaires post-hémorrhagiques.

L'altération du sang est-elle la cause, est-elle l'effet des hémorrhagies? Chez un jeune homme, ayant des hémorrhagies fréquentes, M. Hayem trouva les mêmes altérations, alors que ce malade n'était pas encore anémique. Le chiffre de ses globules rouges était normal. Les lésions étaient donc indépendantes des hémorrhagies ou du moins elles devaient en être la cause.

Il ne s'agit point, dans ces deux cas, d'hémophilie. Dans l'hémophilie, en effet, on note un retard énorme de la coagulation, et il n'y a aucune altération des éléments cellulaires; c'était juste le contraire chez les malades de M. Hayem.

On peut donc distinguer deux types dans la diathèse hémorrhagique : 1° l'hémophilie, caractérisée par une altération chimique du sang, encore inconnue du reste, sans modifications des éléments figurés; 2° une affection hémorrhagipare caractérisée par une altération morphologique des éléments cellulaires.

— M. Comby : On a publié de nombreux travaux sur la vulvo-vaginite des petites filles. La question mérite en effet d'attirer l'attention, car cette affection est extrêmement répandue dans les classes pauvres, et l'on sait qu'elle peut prêter à des erreurs judiciaires regrettables. Parrot, R. Pott, Widmark, Israël se sont efforcés de reconnaître sa nature et son étiologie. Israël assimilait cette vulvo-vaginite à la blennorrhagie et bien souvent, en effet, on a constaté, dans le pus, un micro-organisme absolument analogue au gonocoque ordinaire. Tout récemment, MM. Vibert et Bordes ont fait la même constatation, mais ces auteurs refusent toute spécificité au microbe qu'ils ont trouvé.

La contagiosité de la vulvo-vaginite des petites filles est cependant très nette. M. Comby a, dans ces dernières années, observé plus de 150 cas de cette affection. Vingt de ces cas se sont produits chez des enfants de 12 mois à 2 ans, 48 cas de 2 à 5 ans, 36 de 5 à 10 ans, 46 de 10 à 13 ans. Les causes mécaniques ou irritations invoquées par plusieurs auteurs (onanisme, oxyures vermiculaires, défloration) n'ont pas une action très nette. L'affection survient quelquefois dans le cours ou à la suite d'une fièvre éruptive, rougeole, varicelle, scarlatine; elle peut aussi être due à l'impétigo, à l'eczéma, à l'herpès vulvaire.

Mais la cause la plus fréquente est certainement la contagion. M. Comby ne veut point

parler d'une contagion vénérienne. Sur les 150 cas qu'il a examinés, il n'en a pas trouvé un seul pour lequel on puisse invoquer une telle origine. La contagion se fait très souvent de la manière suivante : une femme atteinte d'écoulement leucorrhéïque couche avec sa petite fille ou emploie pour celle-ci les objets de toilette, linges, éponges, dont elle se sert elle-même; elle transmet ainsi à son enfant une vulvo-vaginite. Une petite fille atteinte de cette affection la transmettra très facilement à d'autres enfants. C'est ainsi que M. Comby a vu trois petites filles, trois sœurs, atteintes simultanément. Leur mère présentait un écoulement leucorrhéïque et ses objets de toilette intime servaient aussi à ses filles. Quelquefois, c'est l'eau d'un bain qui sert de véhicule à l'agent de la contagion (cas de Suchard).

Au point de vue clinique, il faut distinguer deux formes de vulvite : une aiguë, l'autre chronique. La première a une évolution assez rapide. Un écoulement séro-purulent se produit et la muqueuse présente une rougeur intense. L'écoulement devient bientôt abondant et verdâtre. L'enfant éprouve une sensation d'ardeur ou de brûlure pendant la miction. L'urèthre est souvent envahi; l'envahissement du vagin est plus fréquent encore. La vulvite simple dure quelques semaines, la vulvo-vaginite peut durer beaucoup plus. La forme chronique est interminable et présente des périodes de rémissions suivies de recrudescences intenses. L'état général n'est ordinairement pas influencé. Le pronostic est bénin, malgré quelques complications que l'on voit quelquefois survenir, ophthalmies, arthrites, péritonite même, mais qui sont très rares. Au point de vue pronostique, il faut aussi tenir compte de l'origine et de la nature de l'affection. La vulvite des fièvres éruptives n'a qu'une durée très courte. La vulvo-vaginite blennorrhagique est au contraire extrêmement longue.

Le traitement prophylactique consiste à éviter tout contact d'une femme leucorrhéïque avec des fillettes de tout âge : pas de lit commun, pas d'objets de toilette communs. Une petite fille atteinte de vulvo-vaginite ne devra pas être admise à l'école. Enfin, il ne faudra pas laisser plusieurs enfants se baigner dans le même bain ou la même piscine, à moins d'être absolument sûr qu'aucune d'elles n'est atteinte de vulvite.

Le traitement doit être antiseptique. S'il n'y a que de la vulvite, on prescrira les lotions au sublimé à 1/2000e, répétées plusieurs fois par jour, les lotions à l'acide borique à 4 p. 100 suivies d'un pansement à la poudre de salol. S'il y a vulvo-vaginite, il faudra porter les topiques jusque dans le vagin même. Pour cela, M. Comby se sert de crayons de 2 ou 3 millimètres de diamètre composés de beurre de cacao et de salol ou d'iodoforme. Cette méthode a donné d'excellents résultats.

M. Chantemesse : Il ressort de la communication de M. Comby que la vulvo-vaginite est toujours contagieuse; on peut ajouter qu'elle est presque toujours blennorrhagique. Quelques auteurs ont nié la spécificité du gonocoque trouvé dans le pus, parce que la vulvo-vaginite n'était pas d'origine vénérienne et parce que le microbe se trouvait dans des écoulements peu abondants et passagers. Mais, pour répondre à ce dernier argument, le gonocoque peut présenter, comme tous les microbes pathogènes, des variations considérables de virulence. De plus, les moyens de contamination sont multiples, les faits de M. Comby viennent de le démontrer.

La blennorrhagie ne résulte pas toujours d'un coït régulier, n'a pas toujours une origine vénérienne, au sens propre du mot. M. Chantemesse a soigné un individu qui avait pris la blennorrhagie en pratiquant, par prudence, un coït *ab ore*. Enfin, Dohrn a trouvé dans la bouche de nouveau-nés, issus de mères atteintes de blennorrhagie, des plaques grisâtres couvrant des érosions de la muqueuse, et siégeant sur la face dorsale de la langue et le voile du palais. Cette stomatite est provoquée par des gonocoques infiltrés dans la muqueuse et reconnaissables par les procédés ordinaires de coloration et de culture.

M. Rendu pense que l'on réunit dans la même description des vulvo-vaginites de natures différentes. Il ne faut pas dire, en effet, que tous les écoulements sont blennorrhagiques. M. Comby a même rapporté des faits survenus chez des petites filles atteintes de tournioles, d'impétigo, mais il n'a pas assez tenu compte du terrain sur lequel évoluait l'affection. Il n'est pas indifférent, à ce point de vue, qu'un enfant soit scrofuleux

ou non. Quand on voit, dans les familles riches, des petites filles atteintes de vulvo-vaginite, alors que tous les moyens de contagion dénoncés par M. Comby n'existent pas et que ces vulvo-vaginites guérissent par le simple séjour à la campagne pour reparaître dès que l'enfant revient en ville, on ne peut admettre la nature blennorrhagique de ces écoulements.

M. Comby : Il est certain qu'il existe plusieurs variétés de vulvo-vaginites. Mais à peu près toutes sont contagieuses, qu'elles soient dues ou non au gonocoque de Neisser. C'est cette contagiosité de la vulvo-vaginite que M. Comby a voulu établir dans sa communication.

FORMULAIRE

Liniment contre la goutte et le rhumatisme. — Satterlee.

Essence de Winter-green		
Alcoolature d'aconit		
Laudanum de Sydenham	}	ââ 15 grammes.
Liniment savonneux camphré		
Huile d'olives		

Mêlez. — Onctions plusieurs fois le jour, sur les régions douloureuses, que l'on recouvre ensuite d'une épaisse couche de ouate. — N. G.

COURRIER

Légion d'honneur. — A ajouter aux promotions du 14 juillet :

Officiers : MM. les docteurs Riant (de Paris); Duchemin, Rech, Josian, Bonnefoy, Soulbien, médecins militaires; Nachtel (à titre étranger).

Chevaliers : MM. les docteurs Machenaud, médecin de 1re classe de la marine; Douvillé (de Paris); Ollivier (de Digne); Toutant (de Marans); Langlois, Romain, Febvre, Barois, Aron, Mossier, Plaisant, Pagès, Rivet, Marestaing, Grandmougin, Pilet, Sauzède, Schrapf, Mulot, médecins militaires; H. Cazalis (de Paris); Roux, maire de Tournon; François Franck, directeur de l'Ecole pratique des hautes études; Souillat, professeur à la Faculté des sciences de Lille; Galtier, professeur à l'Ecole vétérinaire de Lyon; Mathieu, vétérinaire.

L'eau potable a Paris. — Le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine a voté les conclusions suivantes d'un rapport de M. A. Gautier :

En présence de la nocuité, démontrée aujourd'hui, de l'usage des eaux de Seine employées en boissons;

Considérant que le danger créé par la distribution de ces eaux persiste plusieurs jours après la restitution de l'eau de source par suite de la contamination des conduites.

Renouvelle avec insistance le vœu :

1° Que le service des Eaux de la Ville fasse toute diligence pour que les nouvelles eaux de sources soient le plus tôt possible amenées à Paris;

2° Qu'en attendant, les eaux de source dont on dispose actuellement ne soient plus employées ou distribuées par la Ville que pour les usages domestiques.

Il demande, en outre, que lorsque l'Administration est forcée de substituer, dans un quartier, les eaux de Seine aux eaux de source, la population de ce quartier en soit avertie par voie d'affiches, trois jours au moins à l'avance.

Le Conseil invite la population, pendant la période de substitution des eaux de Seine aux eaux de source et huit jours encore après, à faire bouillir les eaux qui lui sont distribuées lorsqu'elles devront être employées en boisson.

— Le Conseil municipal de Paris a voté un crédit destiné à assurer le service d'inspection médicale dans les écoles primaires de la banlieue.

Institut départemental médico-légal de Paris. — On sait que M. Alpy avait proposé au Conseil général de la Seine de créer un Institut médico-légal distinct de la Morgue et où seraient faites les autopsies. Le Conseil général a adopté le principe de cette création et il a invité le préfet de la Seine à préparer un projet de création de cet Institut qui devra répondre à toutes les nécessités pratiques de l'information judiciaire et de l'enseignement spécial de la médecine légale.

Transport des hospitalisés de la ville de Paris. — Le Conseil municipal de Paris, sur le rapport de M. Maury, a invité récemment MM. les préfets de la Seine et de police à rendre définitifs les accords intervenus avec les compagnies de chemins de fer, des omnibus, des tramways, pour le transport à prix réduit des vieillards ou des enfants hospitalisés et des membres de leur famille qui vont les visiter. Il demande, en outre, que les pensionnaires de Bicêtre, d'Ivry, de Brevannes et de l'orphelinat d'Ormesson bénéficient des mêmes mesures.

La mortalité et l'hygiène en Italie et en Angleterre. — La mortalité est grande en Italie. L'Angleterre qui compte un nombre d'habitants à peu près égal à celui de l'Italie (30 millions environ), n'a eu en 1889 que 511,000 décès, tandis que l'Italie en a eu 820,000. Le rapport sur 1000 habitants est donc en Italie de 27,6 et en Angleterre de 17,8. Cela tient à beaucoup de raisons. Une enquête faite en 1885 a fait constater que 6,404 communes n'avaient aucun égout, pas même pour le transport des eaux de pluie; cette même enquête a fait constater que dans 3,636 communes, comptant 10,734,145 habitants, c'est-à-dire plus du tiers de la population générale, la plus grande partie des maisons étaient sans latrines. De plus, 1,881 communes représentant une population de 9,521,841 habitants, avaient de l'eau potable mauvaise ou médiocre, et 1,455 communes comptant 6,824,375 ont déclaré en avoir en quantité insuffisante.

— Nous recevons la *Science moderne,* qui vient de se transformer en revue hebdomadaire. Nous croyons ce nouvel organe de vulgarisation appelé à un très grand succès. Superbement illustrée et rédigée par les meilleurs écrivains, cette revue, qui donne trente-deux pages de texte chaque semaine, s'occupe de tout le mouvement scientifique du globe. Son prix modique la met à la portée de toutes les bourses; en effet, l'abonnement n'est que de dix francs par an pour toute la France. Direction, 100, rue Amelot, Paris.

Sommaire du nº 36. — La manutention de la houille aux Etats-Unis. — Tribune des inventeurs (Louis Derivière). — Les moteurs électriques (Suite et à suivre). — Cours de photographie (E. Grieshaber). — Appareil de sauvetage (Louis Meyran). — Variétés scientifiques : Sous les eaux (Suite) (H. de la Blanchère). — Tribune des lecteurs (Decharme). — La foudre et le téléphone. — Sociétés savantes (Gaston Barthe). — Observations astronomiques. — Bulletins météorologiques. — Récréations scientifiques (Paul Hisard). — 13 articles, 15 gravures.

Société de médecine de Paris. — Séance du 25 juillet 1891. — *Ordre du jour :* Communications diverses.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

Les critiques adressées par M. le professeur Le Fort à la communication de son collègue, M. Lannelongue, laissent celle-ci debout. M. Le Fort pense que la méthode employée par M. Lannelongue n'est qu'une modification de celle qu'il avait décrite lui-même à la Société de chirurgie en 1879, et que Wendelstadt, Bruns et Krause ont adoptée depuis. Faire l'injection dans les fongosités ou autour, avec du sulfate de zinc ou avec du chlorure, ou avec de l'huile iodoformée, cela est secondaire; l'essentiel c'est de faire des injections interstitielles.

Mais alors, si M. Le Fort a trouvé en 1879 la méthode que M. Lannelongue a adoptée en 1891, pourquoi n'a-t-il pas continué à l'employer depuis douze ans? C'est donc qu'elle ne lui avait pas semblé efficace? Mais alors, M Lannelongue a donc eu quelque mérite à la modifier, et de faire des injections périphériques au lieu d'injections interstitielles, et d'employer le chlorure de zinc au lieu du sulfate. Car, enfin, les résultats sont là. Cent confrères ont pu constater comme moi que des synovites fongueuses ont disparu en quelques semaines, sous l'influence du nouveau traitement.

FEUILLETON

CAUSERIE

On sait que les différentes Sociétés médicales d'arrondissement du département de la Seine avaient formé une sorte de section centrale, composée du président et du secrétaire général de chacune d'elles et destinée à rendre plus intimes les relations entre ces différentes Sociétés. Ce *Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement* devait surtout s'occuper de questions d'intérêts professionnels. Le *Bulletin médical* nous apprend que, dans une de ses dernières séances, ce Conseil a pris la décision suivante :

« Lorsqu'un cas d'exercice illégal de la médecine sera dûment constaté, le médecin qui se considérera comme lésé portera plainte devant la Société médicale de son arrondissement; cette dernière provoquera, s'il y a lieu, la réunion du Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de la Seine, lequel, après examen, pourra charger son président d'exercer toute poursuite légale avec l'appui *moral* et *matériel* des Sociétés adhérentes. »

En vertu de cette décision, le Conseil général a eu à s'occuper, depuis quelques jours, d'un cas d'exercice illégal de la médecine, que lui avait soumis la Société médicale du XVI[e] arrondissement. Voici le fait :

C'est bien quelque chose, ce me semble. Il est donc probable que les deux méthodes, comme le veut M. Lannelongue, différent essentiellement.

M. Lannelongue a même battu M. Le Fort sur le terrain de l'érudition, ce qui semblait impossible. La méthode des injections médicamenteuses interstitielles revient non pas à M. Le Fort, mais à M. Luton (de Reims), qui, dès 1875, les a pratiquées dans le traitement de la tumeur blanche. Mais la question n'est pas là. Il s'agit des injections *qui doivent être faites en dehors* du tissu malade; elles doivent être faites au point où se réfléchit la synoviale dans le tissu qui l'environne, et c'est exclusivement sur les tissus sains que doit agir le chlorure de zinc en les sclérosant et en oblitérant les vaisseaux qui alimentent les fongosités.

— A la Société de thérapeutique, la transfusion du sang de chèvre dans le traitement de la tuberculose a quelque peu perdu de son prestige. M. Bardet a fait sur cette méthode un rapport d'où il conclut qu'il n'est nullement démontré que la chèvre soit réfractaire à la tuberculose, encore moins que son sang constitue un préservatif de cette affection. M. Weber a constaté la tuberculose sur une chèvre à qui du sang avait été pris pour l'inoculer à un tuberculeux. Quant aux observations présentées par M. Bernheim, elles ne paraissent pas suffisamment concluantes, étant donné le peu de temps pendant lequel les malades ont été suivis après la cessation du traitement.

— Une communication de M. le docteur de Pezzer, au dernier Congrès de chirurgie, a été la cause indirecte d'une discussion intéressante à la Société de biologie sur le cathétérisme permanent des uretères.

On se rappelle qu'à ce Congrès, M. de Pezzer avait présenté de nouvelles sondes en caoutchouc pur, à parois très minces et partant très flexibles, peu irritantes pour la vessie et l'urèthre, lorsqu'on les y met à demeure, et pouvant être stérilisées sans s'altérer, à l'eau bouillante ou à l'étuve. Ces sondes, construites sur ses indications par M. Mathieu, présentaient surtout une particularité très ingénieuse. Elles étaient terminées par une partie renflée, capable de s'effacer quand on y introduisait un mandrin, et

---

Il existe, dans une commune suburbaine, une femme qui, depuis plusieurs années, exerce illégalement la médecine, en se prévalant de titres universitaires qu'elle n'a pas. Condamnée une première fois pour ce fait, cette femme n'en a pas moins continué ses consultations. Détail assez drôle, cette femme « paie une patente de médecin ».

Conformément à sa décision rappelée plus haut, le Conseil général des Sociétés a décidé, dans une première séance (10 juillet), de chercher à empêcher la prolongation de ce délit. Son président a consulté, au sujet des voies et moyens, Me Oscar Falateuf qui lui a répondu :

1° Vous devez adresser une plainte au parquet;

2° Vous devez adresser cette plainte en qualité de président du Conseil général des Sociétés.

Dans sa séance du vendredi soir 17 juillet, le Conseil général a décidé l'envoi immédiat de la plainte.

Nous ne voulons pas douter un seul instant que M. le procureur de la République n'agisse vite, et que le scandale, qui a lieu dans la commune dont nous parlons, ne cesse bientôt.

Nous ajouterons que le Conseil général est décidé à agir de même à l'égard de tous les cas d'exercice illégal qui lui seront dénoncés par les membres des Sociétés médicales. Assurément, il n'espère pas supprimer tous les charlatans de Paris, mais il tient à montrer que les médecins unis sont décidés désormais à défendre vigoureusement les intérêts bien entendus des malades.

qu'on poussait un peu sur son extrémité pour reprendre sa forme dès que la sonde était entrée dans la vessie. Il en résulte que la sonde peut alors rester à demeure, sans la fixer d'une manière quelconque. Pour l'ôter, on n'a qu'à tirer, l'extrémité renflée s'efface et la sonde franchit facilement le col de la vessie et l'urèthre.

La facilité avec laquelle la nouvelle sonde entre dans la vessie et en sort, ainsi que la bénignité de son séjour, ont fait penser à M. le professeur Guyon et à ses élèves, MM. Albarran et Lluria, qu'on pourrait laisser à demeure des sondes semblables dans les uretères, après certaines opérations sur la vessie : ablations de tumeurs, abrasion de lésions tuberculeuses, etc. L'urine sortant alors directement par l'urèthre, la vessie reste aseptique pendant tout le temps nécessaire à la cicatrisation. M. de Pezzer a donc fait construire des sondes plus petites, capables de pénétrer dans les uretères, et d'y rester en place plusieurs jours, par la simple pression de leur boule terminale et élastique contre les parois uretérales.

Ces sondes ont été employées avec succès d'abord chez des chiens, puis chez une jeune femme opérée par M. le professeur Guyon d'une ulcération tuberculeuse de la vessie. L'observation de la malade, communiquée à la Société de biologie avec l'exposé des expériences faites sur le cathétérisme permanent des uretères, par M. Albarran, a soulevé une réclamation de priorité de la part de M. Poirier. Pawlik, M. Segond et M. Poirier lui-même ont, en effet, employé déjà le cathétérisme des uretères et de petites sondes ont été laissées en place vingt-quatre et quarante-huit heures. Mais les sondes de M. de Pezzer sont restées à demeure plusieurs jours, et si cette pratique ne constitue pas une méthode nouvelle, elle prouve du moins la supériorité des nouvelles sondes en caoutchouc pur sur les anciennes.

A ce propos, M. Poirier a fait, sur les injections dans les uretères, d'intéressantes constatations. Des injections de suif, poussées par l'uretère avec une certaine force, passent dans la veine rénale, sans rupture du tissu du rein. De même, une injection par la veine rénale ressort par l'urèthre. Ces

---

*
* *

Cette initiative du Conseil général des Sociétés d'arrondissement est d'autant plus intéressante que l'on sait combien il est difficile d'obtenir une condamnation sérieuse contre un individu qui a simplement exercé illégalement la médecine.

Le jugement ci-après, qui est une nouvelle preuve de cette vérité, nous montre également que les tribunaux peuvent toujours trouver, dans les circonstances accessoires de la cause, un moyen de punir sérieusement le coupable.

« Aux termes de la loi de ventôse an XI, l'exercice illégal de la médecine lorsqu'il a lieu sans usurpation de titre (titre de docteur médecin, titre d'officier de santé) n'est, quoique soumis à la juridiction criminelle, qu'une contravention de simple police, même s'il est commis en état de récidive. Au contraire, il constitue un délit lorsqu'il a lieu avec usurpation de titre. »

C'est dans ces conditions qu'un sieur Pitot, rebouteur récidiviste, a été condamné, par le tribunal de Carpentras, à la peine dérisoire de 15 francs d'amende pour s'être fait remettre des sommes d'argent et notamment 10 francs par D..., 10 francs par T..., 12 francs par B... et 7 francs par M..., sans compter les autres, auxquels, en promettant la guérison de leurs maladies, il remettait de prétendus remèdes.

Il est vrai que le tribunal, estimant peut-être qu'une sanction aussi radicale serait, pour le sieur Pitot, un encouragement à continuer ses pratiques, a déclaré que les sommes

faits ont dû être observés par tous les anatomistes; ce qui est moins connu, c'est qu'une injection d'eau, sur un chien vivant anesthésié, faite par l'uretère, sort à flots par la veine rénale.

Sans vouloir tirer de conclusions de ces expériences, M. Poirier pense qu'elles conseillent la plus grande prudence dans le cathétérisme des uretères et une extrême douceur dans la pratique des injections uretérales. Que ce filtrage à rebours passe par des voies normales ou grâce au traumatisme récent de l'injection, il paraît prouvé que les liquides peuvent passer sans trop de peine de l'uretère dans le sang. Peut-être faudra-t-il aussi tenir compte de ces faits dans les cas où l'uretère est comprimé? Il serait possible alors que l'urine retenue s'écoulât par la veine rénale. — L.-H. P.

REVUE DES CLINIQUES

Un cas d'actinomycose, par le professeur Thiriar. — Messieurs, voici une malade qui est atteinte d'une affection actinomycosique de la joue gauche. C'est une ménagère, âgée de 35 ans, qui n'a pas d'antécédents héréditaires. Elle se nourrissait fort mal et ne mangeait presque exclusivement que du pain de seigle et des pommes de terre au lard. L'affection a débuté, il y a quatre mois, par une petite excoriation à la région malaire, très douloureuse et accompagnée d'un fort gonflement. Tumeur et induration se sont étendues, des nodosités et des ulcérations se sont produites. Actuellement, la joue gauche est le siège d'une tumeur aplatie, étalée; la peau est livide, violacée et perforée en quatre endroits différents.

De ces fistules s'écoule un pus mal lié, séreux, on dirait des ouvertures fistuleuses d'une tumeur tuberculeuse ou sarcomateuse. La tumeur est inégale comme consistance; mollasse, semifluctuante en certaines parties, elle est plus dure à la périphérie; elle n'adhère pas aux parties profondes et paraît n'occuper que le tissu cellulaire sous-cutané. Il n'existe aucun engorgement ganglionnaire. A l'examen de la bouche, je constate l'absence de trois dents molaires sur le côté gauche du maxillaire supérieur; ce sont les deux petites et la première grosse molaires qui manquent. Au niveau de la place de la première petite molaire, existe une toute petite tumeur, un véritable bourgeon mollasse qui laisse

---

touchées par lui avec promesse de guérison, constituaient une escroquerie, et de ce fait l'a condamné à un mois de prison.

Cet exemple montre une fois de plus que pour arrêter l'essor des charlatans, rebouteurs et autres, nous n'avons rien à attendre de la loi concernant l'exercice illégal de la médecine, mais que, par contre, ces intéressants personnages peuvent être atteints si on les attaque, non pour leurs actes, mais pour les conséquences de leurs actes. Dans le cas particulier il s'agissait d'escroquerie, parce que le sieur Pitot s'était servi « de manœuvres « frauduleuses pour persuader ses clients de l'efficacité de ses ordonnances, et se faire « remettre certaines sommes. »

*
* *

Qui fait appeler le médecin le paie. — Il arrive assez fréquemment que des gens peu scrupuleux, pour se donner, vis-à-vis du public, un vernis de générosité et de philanthropie, demandent à un médecin de soigner un malade ou un blessé avec les chaleureuses recommandations que l'on sait. Puis, ils refusent de régler les honoraires, tout en répétant partout qu'ils ont fait soigner le malade à leurs frais. Toute question pécuniaire à part, le médecin joue un rôle de dupe et devient l'instrument complaisant d'une popularité acquise sur son dos. Il existe à ce sujet un arrêt de la Cour de cassation trop peu connu et qu'il est bon de rappeler :

« Par un arrêt du 4 décembre 1872, la Cour a décidé que celui qui a pris l'initiative d'appeler un médecin auprès d'un malade peut être considéré par là comme s'étant obligé. » (*Lyon médical*).

pénétrer un stylet dans la cavité alvéolaire où l'on constate la présence d'un morceau de racine. A part cela la bouche est saine.

Le diagnostic resta incertain d'abord, mais, après un curettage, on remarqua dans les débris enlevés, des grains jaunes, arrondis, brillants, en assez grande quantité, que l'examen microscopique fit reconnaître comme l'élément caractéristique de l'affection actinomycosique.

L'actinomycose est une maladie générale infectieuse parasitaire causée par l'introduction dans l'organisme d'un parasite végétal, l'actinomyces, rangé dans la classe des schizophytes, genre cladotrix.

Les vétérinaires l'ont observée depuis longtemps chez le bœuf; ils l'ont décrite sous différents noms, principalement sous la dénomination de sarcome du bœuf.

L'agent spécifique, l'actinomyces, a été déjà entrevu par Lebert en 1857; de même Robin en fait mention en 1871. En 1878, Israël signale pour la première fois l'affection chez l'homme.

L'actinomyces est un parasite végétal; ce n'est pas à proprement parler un microorganisme puisqu'on peut le distinguer à l'œil nu. Ce champignon se rencontre dans le pus et les bourgeons des parois des abcès qu'il a formés. Il se présente sous forme de petites masses granuliformes, de la dimension d'un grain de sable à une graine de pavot, en général d'un jaune pâle mais quelque fois blanches, brunâtres, vertes ou tachetées. Ces masses sont de véritables colonies actinomycosiques.

Au microscope, après l'avoir débarrassé des globules de pus et des cellules graisseuses qui peuvent l'entourer, au moyen d'une solution faible de potasse qui dissout ces divers éléments, on y voit, à un grossissement convenable, des filaments ressemblant à ceux de mycélium ordinaire et se terminant par des extrémités renflées. Ces filaments rayonnent autour d'un centre où ils s'enchevêtrent, ce qui leur donne la forme d'une roue.

On a naturellement essayé de nombreux procédés de culture de ce champignon et cela sans grand résultat jusqu'ici. Boerstroem a pu le faire arriver à maturité sur des plaques de sérum sanguin et d'agar-agar. Israël a réussi avec du bouillon et Johne avec du sérum de sang de bœuf. Par ces procédés la culture se développe très lentement. Il faut au moins quatorze jours pour y voir apparaître des masses cellulaires. Au Congrès international d'hygiène tenu à Paris lors de l'exposition, Budjwid a annoncé qu'il avait pu élever ce champignon sur la gélose nutritive et cela en mettant la culture à l'abri de l'oxygène de l'air suivant la méthode de Buchner qui consiste à renverser le tube à culture dans un tube plus large contenant une solution de soude caustique et d'acide pyrogallique.

***

L'Institut Koch et l'homéopathie. — Il vient encore d'être question de Koch et de sa méthode dans le monde parlementaire allemand, à la Chambre des Seigneurs de Prusse. Cette fois, la découverte de la tuberculine a permis à un membre de cette Chambre, le baron Durant de Sénégas, de rompre une lance en faveur de l'homéopathie.

« Koch, a-t-il dit, s'est servi de la méthode homéopathique, que l'on délaisse bien à tort. De nombreux membres de cette assemblée peuvent, d'après leur propre expérience, témoigner des heureux résultats de l'homéopathie dans le traitement des maladies aiguës, aussi bien que chroniques. La statistique de 1883-84 a montré qu'à Berlin la mortalité par diphthérie est de 28,5 p. 100 par le traitement allopathique, et de 4 p. 100 seulement par le traitement homéopatique. Le temps est venu de faire renaître l'homéopathie de ses cendres. » L'orateur termine en demandant au ministre si l'on n'a pas le projet de créer à l'Institnt des maladies infectieuses de Koch une section spéciale pour le traitement homéopathique des maladies selon la méthode de Koch, et pour étudier ce que peut donner la méthode homéopathique dans cette voie.

Le ministre de l'instruction publique, M. Zedlitz, a assuré M. le baron Durant de ses bonnes dispositions à l'égard de l'homéopathie, en faveur de laquelle il se déclare personnellement prêt à faire tout ce que les personnes compétentes regarderont comme nécessaire.

Après avoir exposé les espérances de Koch, qui s'occupe depuis plusieurs mois d'isoler le principe actif de la tuberculine, et qui espère y arriver d'ici à quelques semaines,

Tout récemment, deux professeurs de l'école vétérinaire de Cureghem, MM. Mosselman et Liénaux, ont pu très bien cultiver l'actinomycès du bœuf dans le bouillon peptonisé et glycériné. Ils ont constaté aussi que cette culture se faisait beaucoup plus facilement dans un milieu où la quantité d'air est limitée et minime qu'au contact de l'air libre, et ils ont pu inoculer la maladie au lapin et à la chèvre. Il y a longtemps que l'on avait pu inoculer avec succès les produits pathologiques eux-mêmes.

Chez l'homme, c'est la cavité bucco-pharyngienne qui est le plus souvent le siège de cette affection parasitaire, puis vient l'appareil digestif et ensuite l'appareil pulmonaire. On a également, mais cependant plus rarement, observé des cas d'actinomycose primitive de la peau, du cerveau, du tibia, etc. La plupart du temps l'affection reste localisée à une région bien déterminée, mais cependant elle peut se généraliser. On peut donc admettre que l'actinomycose est une affection générale, déterminée par le parasite qui, entraîné par le sang, vient ordinairement se fixer sur un point quelconque de l'organisme.

En se basant sur l'identité morphologique, pathologique et clinique existant entre l'actinomycose humaine et celle des animaux, on doit pourtant admettre une étiologie commune et penser que les hommes et les animaux prennent l'affection de la même façon. C'est ce que des observations tendent à démontrer.

La première idée qui vient à l'esprit est que l'homme s'infecte par contact direct avec le bétail ou par l'usage de viandes provenant de bêtes malades. Hartmann rapporte le cas d'un jeune homme de 18 ans, qui avait pour mission de faire sortir journellement le pus d'un abcès dont était atteint un bœuf et qui s'inocula l'actinomycose au nez en y portant le doigts. D'autres fois, la contagion se fait directement d'homme à homme comme le prouve une observation due à von Baracz (de Lemberg). Il s'agissait d'un homme de 30 ans, atteint d'actinomycose du maxillaire inférieur. Peu de temps après le développement de cette affection, la fiancée du malade gagne à son tour une tumeur actinomycosique au maxillaire inférieur au niveau de dents cariées. Ici, l'actinomycose avait été transmise par les baisers du fiancé.

Souvent le mode d'infection est impossible à préciser, et, par exemple, je serais bien embarrassé si je devais trouver la porte d'entrée de l'actinomycose chez ma malade. Nous avons ici affaire à une actinomycose de la peau. Les renseignement sont précis, ne laissent aucun doute à cet égard. Il est vrai que la patiente se nourrit de seigle et de porc et qu'on attribue une certaine importance à l'alimentation dans l'étiologie de cette affection; il est tout aussi exact qu'elle avait une carie dentaire depuis longtemps; mais elle

---

le ministre déclare que le gouvernement laisse le champ libre aux recherches scientifiques, suivant toutes les directions et toutes les méthodes. Personnellement incompétent, M. Zedlitz ne suivra pas l'orateur dans l'appréciation des statistiques qu'il a exposées en faveur de l'homéopathie. Il engage sérieusement M. Durant de Sénégas à s'aboucher directement avec Koch et à lui faire ses propositions.

La Chambre des Seigneurs a accueilli cette réponse avec une douce hilarité. M. Durand de Sénégas a tenu à remercier le ministre de ce que l'homéopathie n'était pas bannie de l'Institut pour l'étude des maladies infectieuses. Il a terminé en disant qu'il croyait que l'intervention du gouvernement auprès de Koch, en faveur de la méthode homéopathique, aurait eu plus de poids que la sienne propre.

*
* *

On ne s'attendait guère à voir l'influenza exercer une influence quelconque sur la politique anglaise, et cependant il en est ainsi. Un membre puissant du Parlement anglais, M. Balfour, après avoir énuméré les grandes choses accomplies pendant la dernière session, a ajouté cette réflexion légèrement empreinte de cynisme : « C'est un curieux commentaire de nos institutions parlementaires que la Chambre des communes ne se soit jamais montrée plus capable de voter des mesures législatives d'une importance considérable que lorsqu'elle était épuisée de fatigue et décimée par la maladie. »

C'est vrai, paraît-il, d'où il faut conclure que l'influenza est un des éléments les plus énergiques de la politique.

SIMPLISSIME.

ne cesse d'affirmer qu'elle n'a jamais rien ressenti du côté de la cavité buccale et que, lorsqu'elle a fait extraire ses dents, la tuméfaction de la joue existait déjà depuis un mois. Faut il admettre ici que le champignon, provenant du pain ou de la viande de porc, s'est introduit sans fracas dans la bouche, qu'il a pu de là, sans occasionner de désordres, arriver à la joue à travers les tissus? Je ne voudrais pas l'affirmer mais cela est possible puisque l'actinomyces peut arriver de cette façon au cerveau comme le prouvent plusieurs observations.

La propagation par l'alimentation et par les végétaux est, du reste, admise par beaucoup d'observateurs. Israël pense que les hommes et les animaux prennent la maladie de la même façon par les végétaux et par l'eau, bien que l'on n'ait jamais rencontré le parasite, cause de tout le mal, en dehors de l'organisme humain ou du corps des animaux herbivores ou omnivores. Johne, cependant, dit avoir souvent trouvé, sur les lèvres ou sur les amygdales des porcs, des glumes de graminées, d'orge en particulier, sur lesquelles se trouvaient des champignons, ayant une grande ressemblance avec le parasite rayonné et Jensen prétend avoir observé à Seeland une épidémie due à l'alimentation avec du seigle poussé dans un terrain abandonné par la mer. Bertha a vu un homme qui, ayant avalé un épi de blé, se trouvait, six semaines après, atteint d'une grave actinomycose du cou; un autre fauchait de l'avoine et gagna l'affection à la main; un troisième battait du blé. Soltmann a observé un enfant de 6 ans qui mourut d'actinomycose après avoir avalé un épi d'orge. Enfin, dans le cas d'Hartmann un homme mâchant habituellement des grains d'orge contracta de ce fait une actinomycose de la langue.

La fréquence très grande de l'actinomycose dans la bouche nous porte à admettre que le parasite est véhiculé par les aliments.

Une fois fixé au sein d'un tissu quelconque, le parasite provoque une prolifération et une hypertrophie cellulaire, aboutissant à la formation d'un nodule dont la structure rappelle le sarcome. Tout autour de ce noyau, le tissu conjonctif prolifère et amène la formation d'une barrière conjonctive qui tend probablement à limiter le mal.

Les cellules les plus internes, alors en contact avec le champignon, subissent la dégénérescence granulo-graisseuse, se détruisent et, à leur place, il se forme une collection liquide; la prolifération continue autour de la collection, les vaisseaux laissent sortir par diapédèse des globules blancs et, à un moment donné, il se forme un abcès miliaire au centre duquel on trouve l'actinomyces sous forme d'un grain jaune. Plusieurs actinomyces, situés les uns à côté des autres, occasionneront la formation des gros abcès. Ce processus est lent et la maladie est chronique.

Comme vous le voyez, la maladie se résume en ceci : production d'abcès entourés de tissu néoplasique. Ces tumeurs en ont souvent imposé et la plupart du temps elles ont été prises pour des sarcomes. Elles ont ceci de particulier, c'est qu'elles sont étalées en nappe, comme aplaties. La tumeur de ma malade était typique sous ce rapport; on aurait dit un petit gâteau bosselé, assez mobile, qui existait dans le tissu cellulaire sous-cutané de la joue. Elle présentait en certains points de la fausse fluctuation provenant du déplacement du tissu fongueux.

Selon le siège de la maladie, Firket (de Liège) en a décrit trois formes : la forme cervicale, la forme thoracique et la forme lombo-abdominale. Cornil et Babès en admettent six variétés : 1° la forme maxillaire et cervicale; 2° la forme néoplasique limitée; 3° la variété thoracique; 4° la variété lombo-abdominale; 5° la forme pyhémique, et 6° la forme péritonéale. Si nous adoptons cette dernière division, c'est évidemment à une actinomycose à forme néoplasique limitée que nous avons affaire chez notre malade, et heureusement c'est, je pense, la variété la plus bénigne, accessible à nos moyens et en conséquence parfaitement curable.

Quand l'affection est interne, il est excessivement difficile de la découvrir dès le début et le diagnostic en est alors presque impossible.

Lorsque l'affection est extérieure, le diagnostic devient plus facile. Il se produit en un point une tuméfaction étalée donnant lieu à des douleurs assez vives. La peau recouvrant la tumeur ne tarde pas à rougir; elle devient livide, violacée et se perfore en plusieurs endroits, laissant échapper un pus peu abondant, jaune-verdâtre, renfermant les grains caractéristiques. Si, alors, on gratte et modifie le foyer, la guérison peut sur-

venir; mais, si on temporise, l'affection s'étend et ne tarde pas à gagner d'autres organes.

Si, par exemple, le processus morbide existe à la mâchoire, on peut alors observer la propagation du côté du cou, du pharynx, de la face, des régions temporales et du cerveau. L'affection peut aussi descendre le long du sterno-cléiodo-mastoïdien ou de la colonne vertébrale; elle peut ainsi gagner le poumon ou simuler un mal de Pott.

On comprend que l'aspect clinique des actinomycoses viscérales varie selon les organes envahis. L'actinomycose pleuro-pulmonaire ressemble énormément à la broncho-pneumonie tuberculeuse; les malades tousent, ont de la fièvre, des sueurs nocturnes et une expectoration muco-purulente, même sanguinolente, dans laquelle on trouve, au lieu du bacille de Koch, des grains actinomycosiques en plus ou moins grande quantité.

Dans l'actinomycose abdomino-péritonéale, ce sont les phénomènes péritonéaux qui dominent. Les malades ont des douleurs dans le ventre, des troubles dans la miction et la défécation, des abcès, des trajets fistuleux qui viennent se faire jour au nombril, à la région du cœcum, dans le ligament de Poupart, etc.

Vous comprenez l'extrême gravité de ces cas; c'est souvent la mort qui vient terminer les souffrances du malade. Cependant le pronostic n'est pas absolument désespéré.

Dans la forme pyohémique, qui est la plus grave, des abcès se développent dans les diverses parties du corps, abcès qui sont souvent en rapport avec les autres par de longs trajets fistuleux.

L'actinomycose, qui a une marche essentiellement chronique, a un pronostic très sérieux. Lorsque cette affection est nettement localisée à la peau comme chez notre malade, elle peut se terminer par la guérison, grâce à un traitement convenable. Lorsque le parasite envahit des organes importants comme l'appareil pleuro-pulmonaire, le cerveau, les organes abdominaux, on comprend qu'il reste bien peu d'espoir de guérison.

Le traitement est purement chirurgical. Il faut enlever la tumeur, la gratter, détruire le parasite par tous les moyens possibles. Chez ma malade, le premier curettage n'a pas été complètement efficace; il reste autour de la partie avivée une zone de tissu mollasse, nodulaire, recouvert d'une peau livide, décollée sur les bords. Je vais largement exciser tous ces tissus, modifier les surfaces avivées et détruire le parasite par une large irrigation de solution au sublimé à 1 p. 1000. Si cela ne suffit pas, j'aurai recours au nitrate d'argent qui paraît détruire tout spécialement le champignon, et, s'il le faut, j'emploierai même le fer rouge.

Mais, s'il est bon de s'attaquer à l'affection bien déclarée, il est encore meilleur de la prévenir, de l'empêcher de se développer, et, à ce point de vue, il y aura, lorqu'on aura reconnu l'affection, des mesures hygiéniques et prophylactiques à prendre. En premier lieu, et ceci incombe surtout aux vétérinaires, il faut prendre les précautions nécessaires, lorsqu'on aura constaté un cas d'actinomycose chez un animal quelconque, pour éviter l'inoculation à l'homme. Dans un travail publié en 1884, M. Siegen, vétérinaire municipal à Luxembourg, fait ressortir l'importance de la question au point de vue de l'hygiène publique; il insiste surtout sur le danger qui peut résulter des viandes infectées. Avec lui, je suis partisan du rejet de la consommation de la viande des animaux atteints d'actinomycose. Je crois, en effet, vous avoir démontré, par des exemples, la possibilité de la transmission directe de la maladie des animaux à l'homme. Du reste, l'identité morphologique du parasite de l'homme et des animaux ne fait plus de doute actuellement.

REVUE DES JOURNAUX

Le cancer primitif des voies biliaires, par le docteur Musser. (*Brochure*, Philadelphie, 1889.) — Voici les conclusions de ce travail :

1° Le cancer primitif de la vésicule biliaire n'est pas aussi rare qu'on l'admet d'habitude. Il se rencontre près de trois fois plus souvent chez la femme que chez l'homme. Le plus grand nombre des cas concerne des gens au-dessous de 60 ans.

2° Les calculs biliaires peuvent constituer une cause, surtout chez les sujets prédisposés. La vésicule biliaire n'est pas toujours dilatée. Il n'y a pas, en général, de métastases au loin. Les adhérences avec les organes voisins, les ulcérations et les perforations ne sont pas communes.

3° Douleurs, ictère, amaigrissement, cachexie et tumeur existent presque toujours. Souvent, aussi, indigestions, vomissements, constipation ou diarrhée et ascite.

4° Les douleurs existèrent dans environ 62 p. 100 des cas. Elles eurent d'abord un caractère indéterminé, puis elles devinrent lancinantes. L'ictère exista dans 69 p. 100 des cas, progressant avec l'intensité de la maladie. Tumeur dans 68 p. 100 des cas, siégeant ou dans la région de la vésicule biliaire ou à droite, près du nombril. Avec cette dernière localisation, le foie est le plus souvent hypertrophié.

5° La maladie progresse presque toujours sans rémissions jusqu'à la mort.

6° Les complications consistent dans l'occlusion des voies biliaires avec ses effets secondaires sur le foie et la vésicule biliaire, dans l'ulcération et la perforation de la vésicule biliaire, dans des symptômes dus à des métastases dans d'autres organes.

7° Durée courte, en moyenne six mois.

8° Mort par épuisement, péritonite, métastase dans d'autres organes ou occlusion des voies biliaires.

La deuxième partie traite du cancer primitif des voies biliaires d'après 18 cas. Celui-ci est plus rare que le précédent. Les deux sexes y sont également sujets. Les calculs biliaires sont ici moins fréquents. En général, il n'y a ni dilatation de la vésicule biliaire, ni métastases, ni adhérences, ni ulcérations, ni perforation. On trouve encore ici de l'ictère, des vomissements, des douleurs et des symptômes du côté du canal intestinal. On ne sent de tumeur que dans un petit nombre de cas; celle-ci n'est jamais aussi grosse que dans le cancer de la vésicule biliaire. — P. N.

Fièvre infectieuse gastrique avec exanthèmes et douleurs rhumatismales, par le docteur Moritz. (*St-Peters. med. Wochensc.*, 1890, 16.) — Ce cas rappelle la péliose rhumatismale. Accès de fièvre durant un jour et pendant lesquels la température s'élève à 40°, douleurs dans les jambes, nodosités et plaques sur la peau comme dans l'érythème noueux, antipyrétiques sans effet. L'estomac était dilaté et renfermait des aliments longtemps après le repas. On pensa trouver la source de l'infection dans son contenu stagnant. Pour combattre les fermentations, on donna après chaque repas dix gouttes d'acide chlorhydrique dilué dans de l'eau. La fièvre cessa aussitôt et le poids augmenta.

Dans un deuxième cas, à type fébrile rémittent et intermittent, la fièvre cessa cinq jours après le début du traitement par l'acide chlorhydrique. Le poids augmenta de vingt livres en trois semaines. — P. N.

De la formation de l'acide urique dans l'organisme, par le docteur Giacosa. (*Acad. de méd. de Turin*, 1890.) — D'après Hocloczewsky, en mettant en contact un mélange de sang et de tissu splénique du veau à une température de 38° à 40°, il se produit des quantités assez considérables d'acide urique. Le docteur Giacosa s'est assuré de l'exactitude de ce fait. L'acide urique produit provient de la décomposition de la nucléine contenue en abondance dans les noyaux des globules blancs du sang, laquelle se transforme facilement en xanthine et hypoxanthine, corps voisins de l'acide urique. On obtient aussi de l'acide urique en mélangeant du sang et du tissu hépatique : 150 grammes de tissu hépatique avec 300 grammes de sang donneront environ 0 gr. 0733 d'acide urique. Il serait possible que, chez les mammifères, tout l'acide urique éliminé provînt de la décomposition de la nucléine. Pour les oiseaux et les reptiles, cette source ne peut suffire, quoique leur sang, mis en présence de leur tissu splénique, fournisse plus d'acide urique que celui des mammifères. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 juillet 1891. — Présidence de M. Dubuc, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La Société reçoit : les journaux et revues;

L'influenza, notes sur l'épidémie du Mans (1889-1890), par le docteur Paul Hervé, médecin suppléant à l'hôpital du Mans ;

La *Revue des travaux scientifiques du ministère de l'instruction publique,* t. X, nº 11,

— M. le docteur Chassinat (d'Hyères), membre correspondant, envoie une brochure sur le *traitement de l'ongle incarné par la poudre d'indigo*. Il écrit en même temps pour demander à ses collègues d'expérimenter cette méthode de traitement.

— M. Wickham offre à la Société une brochure sur l'*aspirateur à graviers du professeur Guyon*, modifié d'après ses indications.

— M. le Secrétaire général fait remarquer qu'aucun mémoire n'a été envoyé en temps utile pour le concours du Prix Duparcque. Il propose de renvoyer au mois d'octobre la décision à prendre pour le nouveau concours. (Adopté.)

— M. Polaillon communique un cas de *tumeur développée dans le ligament rond, et enlevée avec succès.* (Sera publié.)

— M. Duroziez lit une note sur le *rétrécissement pulmonaire chez le fœtus.* (Sera publiée.)

— La séance est levée à cinq heures et demie.

De quelques nouvelles médications.

Injection sous-cutanée d'huile camphrée, par le docteur Bruno Alexander (*Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand*, 1891).

L'auteur a expérimenté le traitement depuis deux ans à Iwickau, et depuis à sa policlinique d'affections pulmonaires; il loue hautement les résultats que l'injection sous-cutanée d'huile camphrée lui a fournis.

Les tuberculeux les supportent avec grande tolérance.

L'angine folliculaire, le coryza aigu, la pharyngo-laryngite aiguë pourraient être coupés à leur début par une seule injection d'un gramme. La sécrétion muqueuse est augmentée, la toux est diminuée, l'hypersécrétion de la muqueuse nasale se supprime.

Chez les bronchitiques, une première injection augmente la quantité des crachats; après la quatrième, même dans les cas graves, l'expectoration a disparu. Ce traitement est toutefois moins actif chez les emphysémateux.

Dans la pneumonie, l'injection est répétée de jour à autre, et on constate à côté d'une amélioration sensible de l'état général une diminution de la fièvre d'un degré. La durée de la maladie n'est cependant pas abrégée.

Les injections camphrées ont donc une action antipyrétique et, dans les affections des voies respiratoires, cette action est produite déjà par de faibles doses.

L'administration en est indiquée dès le début de la pneumonie chez les cardiaques, chez les sujets âgés ou affaiblis; en dehors de cette indication, l'auteur en limite l'emploi à l'époque de la crise et surtout immédiatement après celle-ci; à la quatrième injection, les sécrétions ont disparu, et la convalescence est sensiblement abrégée.

L'usage de l'huile camphrée en injections rend de grands services chez les tuberculeux à la période de cachexie; à la première, au plus tard à la troisième injection, les transpirations nocturnes se suppriment pendant un temps durable. La toux diminue, les

sécrétions deviennent plus fluides et s'éliminent plus facilement; l'état général des forces se ranime et le repos du malade devenu meilleur dispense de l'usage de la morphine. Les hémoptysies seraient aussi favorablement modifiées par ce traitement. Alexander est arrivé ainsi à prolonger l'existence de ses malades, à leur procurer, jusqu'à la fin de leur consomption, une sensation de bien-être très sensible; il en a pu rétablir jusqu'à leur permettre de reprendre leurs occupations, et d'en imposer, malgré leurs lésions pulmonaires, pour des sujets sains.

Le résultat en serait tout aussi favorable dans les tuberculoses pharyngée et laryngée.

En dehors de ces affections des voies respiratoires, l'auteur a appliqué à d'autres maladies, avec succès, les injections d'huile camphrée :

Chez les cardiaques, elles raniment l'action épuisée de la digitale; chez les chlorotiques, où se retrouvent les souffles systoliques, l'angoisse respiratoire et une apathie générale; chez les femmes épuisées par des affections utérines chroniques; le camphre en injection rend de précieux services.

Les enfants, jusqu'après l'âge de la dentition accomplie, ne supportent les injections camphrées qu'à petites doses. Le traitement, suivi par la mère, n'influence pas le nourrisson. — P. N.

Nouveau traitement de la fièvre typhoïde, par le docteur Tordeus (*Journal de méd. de Bruxelles*).

L'auteur a soumis ses malades à une méthode mixte, antiseptique et antipyrétique à la fois; parmi les antipyrétiques, il a choisi l'antifébrine et, parmi les antiseptiques, tantôt la résorcine, tantôt l'acide thymique. La médication agit puissamment sur la température, qu'elle abaisse souvent au-dessous du chiffre normal.

Cet effet a été obtenu avec des doses d'antifébrine et de résorcine (ou d'acide thymique) médiocres, et telles qu'elles n'auraient produit aucun résultat si les deux substances avaient été administrées isolément. Aucun phénomène n'a forcé à suspendre la médication.

Cette méthode peut rendre des services dans toutes les maladies infectieuses aiguës accompagnées d'hyperthermie.

L'auteur donne, par exemple, 5 centigrammes d'acide thymique et 10 à 15 centigrammes d'antifébrine. — P. N.

FORMULAIRE

Poudre pour insufflation contre l'ozène. — Cozzolino.

Salol	5 grammes.
Acide borique	3 —
Acide salicylique	0 gr. 50 centigr.
Acide thymique	0 gr. 20 centigr.
Talc pulv	8 grammes.

Mêlez intimement. — Pour combattre l'ozène, on insuffle cette poudre dans les fosses nasales, préalablement irriguées avec de l'eau phéniquée tiède. — N. G.

COURRIER

L'ouverture du concours pour les prix à décerner en 1891 aux élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices de Paris et la nomination aux places d'élèves internes vacantes en 1892 aura lieu le lundi 19 octobre, à midi précis. — Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour subir la première épreuve.

MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de deuxième et de troisième année sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont tous tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le mardi 1er septembre jusqu'au mercredi 30 du même mois inclusivement.

— L'ouverture du concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie vacantes en 1892 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris aura lieu le mardi 20 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le mardi 1er septembre jusqu'au mercredi 30 du même mois, inclusivement.

— M. le docteur Mangenot est chargé d'une mission à l'effet de prendre part au Congrès d'hygiène et de démographie de Londres et de visiter les Ecoles de cette ville.

Exposition d'hygiène de Vienne. — Une exposition internationale d'hygiène et d'alimentation aura lieu à Vienne, du 1er septembre au 1er décembre, dans le local de la Société d'horticulture. Parmi les membres du comité français figurent MM. Berthelot, Pasteur, etc.

Monument Ricord. — Le Conseil municipal de Paris vient de verser une subvention de 500 fr. au comité chargé de l'érection du monument de Ricord.

Une statue a Durand-Claye. — Une subvention de 2,000 fr. est allouée par le Conseil municipal de Paris au comité chargé d'élever un monument, dans la plaine de Gennevilliers, à la mémoire de l'ingénieur hygiéniste Durand-Claye, le distingué et regretté continuateur des travaux de Belgrand.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Chatillon, médecin du dispensaire de salubrité de la Préfecture de police.

Bulletin bibliographique

Annales cliniques de l'Institut hydrothérapique de Saint-Didier (Vaucluse), par le docteur L. Bonamaison, directeur. Premier fascicule : Hystérie. — Neurasthénie. Une brochure in-8° de 90 pages. — Prix : 2 francs.

Annuaire de thérapeutique, troisième année, 1890, précédé d'une introduction sur les progrès de la thérapeutique en 1890, par le docteur Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Cochin. Un volume in-16 de 360 pages, cartonné. — Prix : 2 francs.

Période prémonitoire de la typhlite et de la pérityphlite chez les enfants, par le docteur Albert Deschamps.

Ces ouvrages se trouvent à Paris, chez O. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Hôpital Tenon. — M. le docteur L.-G. Richelot.

De la laparotomie exploratrice (1).

Nous parlions, Messieurs, de la laparotomie exploratrice *curative.* Voici d'abord des faits où le système nerveux vient à point pour tout expliquer.

En juillet 1887, remplaçant Terrier à l'hôpital Bichat, je reçois un malade de 59 ans envoyé par le docteur Rigal. Cet homme vomit continuellement depuis 1882; traité successivement par MM. Potain, Rigal et Peter, il passe par le régime lacté, les eaux de Vichy, les cautères à l'épigastre, les lavages de l'estomac, mais les vomissements continuent, la nutrition languit, les douleurs et l'amaigrissement se prononcent. On me l'adresse comme atteint de sténose pylorique, peut-être cancéreuse. En présence d'une situation aussi grave, et sur l'avis formel de M. Rigal, je pratique la laparotomie : l'estomac est sain dans toutes ses parties, le pylore d'une souplesse parfaite, et je n'ai qu'à refermer le ventre. Aussitôt, les vomissements et les douleurs cessent pour ne plus revenir; le malade reste en observation du 28 avril au 1er novembre, toujours guéri, et longtemps après je reçois de ses nouvelles, annonçant que la guérison se maintient. Pour toute explication, cet homme avait de l'hémianesthésie et une diminution de l'acuité visuelle; M. Rigal le considérait comme un hystérique.

Autre exemple, sans hystérie et avec de grosses lésions matérielles. En juin 1886, à l'hôpital Saint-Antoine, un homme de 62 ans, maigre, souffrant, cachectique, m'arrive d'un service de médecine sous la rubrique « cancer de l'œsophage »; rien ne passe, ni aliments ni sonde, les lavements ne suffisent plus à le nourrir, l'intervention s'impose. J'entreprends la gastrostomie, et je tombe sur un estomac dont la face antérieure est farcie de masses cancéreuses, dure, immobile, si bien que je ne puis même l'attirer vers la plaie, encore moins songer à faire une bouche stomacale en plein tissu morbide. Je referme le ventre. Dès le lendemain, les liquides passent sans effort, le malade se nourrit et ne souffre plus; dix jours après l'opération, il quitte l'hôpital, mangeant de la viande. Je l'ai perdu de vue, et j'ignore combien de temps a duré cette amélioration surprenante; mais le fait n'en est pas moins remarquable.

Ce n'est pas, en général, chez les cancéreux que la laparotomie donne de pareils résultats. Son triomphe, c'est la *péritonite tuberculeuse;* si bien qu'après l'avoir faite sans le vouloir, et à titre d'exploration, dans bon

(1) Suite. — Voir le numéro du 18 juin 1891.

nombre de cas où le diagnostic faisait défaut, les chirurgiens en arrivent à dire que l'ouverture de l'abdomen, faite de propos délibéré, est le meilleur traitement de cette « tuberculose locale ». Quant à moi, voici ce que j'ai vu :

Une femme de 30 ans m'est envoyée de Seine-et-Marne au mois de février 1890. Elle est mariée depuis onze ans, n'a pas eu de grossesse, et se dit malade depuis une année. L'abdomen a grossi peu à peu jusqu'au mois de janvier 1890, si bien que son médecin, croyant à un kyste de l'ovaire, a fait une ponction et retiré du liquide. Comme elle a toujours des « coliques », elle vient à Paris. La femme est maigre et sèche, le ventre est absolument plat, la palpation et le toucher sont douloureux et révèlent un peu d'empâtement sur les côtés de l'utérus, mais ne fournissent aucun diagnostic précis. Avec les renseignements qu'elle me donne sur le « kyste » ponctionné qui siégeait à gauche et montait jusqu'au voisinage de l'ombilic, je suppose une lésion des annexes, peut-être un kyste parovarien ou un hydrosalpinx.

L'intervention est retardée par une bronchite légère qu'elle pense avoir contractée pendant son voyage. La toux est sèche, fatigante, il y a un peu de fièvre, et en même temps je découvre un point de pleurite sèche avec submatité bien circonscrite à la base du poumon gauche. Bien soignée pendant huit jours, elle se calme et tousse à peine, mais on trouve encore, au moment de l'opération, quelques râles disséminés et la submatité n'a pas disparu. Laparotomie le 5 mars : une courte incision sous-ombilicale me montre un péritoine farci de granulations tuberculeuses confluentes; il y en a partout, sur le péritoine pariétal, sur tout l'intestin, sur l'utérus, les trompes, la vessie; en outre, un liquide louche, laiteux, puriforme. Aucune trace de tumeur. Je fais un lavage prolongé à l'eau bouillie, j'essuie avec soin les anses intestinales et le petit bassin, j'entraîne quelques flocons pseudo-membraneux, et je ferme le ventre.

Vous voyez que j'avais entrepris l'opération sans me douter du vrai diagnostic. Or, les suites furent d'une simplicité extrême, sans élévation de température; bien plus, la toux, qui avait déjà grandement diminué, cessa complètement, et la sensibilité abdominale disparut. Les signes stéthoscopiques eux-mêmes furent promptement modifiés, et c'est à peine si je retrouvais, au bout d'une quinzaine de jours, la zone de submatité. A la fin du mois de mars, la malade était sur pied et retourna en Seine-et-Marne. Il y a aujourd'hui plus de seize mois que l'opération est faite; j'ai des nouvelles toutes récentes : l'opérée travaille aux champs, prend part aux noces de son village, et nous écrit des lettres où elle s'applaudit de son brillant appétit et de sa bonne santé.

Une jeune fille de 22 ans m'est adressée à l'hôpital Tenon le 27 mai 1890, comme ayant un kyste de l'ovaire. Augmentation de volume du ventre et douleur depuis cinq ou six mois. Matité hypogastrique, due à une ascite peu abondante. L'auscultation ne révèle rien d'anormal, mais il y a des troubles dyspeptiques, anorexie, gastralgie, constipation opiniâtre; insomnie et agitation nocturne. La laparotomie exploratrice, pratiquée le 8 juin, fait sortir deux litres de liquide transparent et jaunâtre, et nous montre la surface du péritoine viscéral et pariétal envahie tout entière par des granulations tuberculeuses confluentes, comme dans le cas précédent. Lavage discret à l'eau bouillie.

Bien rétablie en nous quittant, cette jeune fille est entrée à Beaujon cinq mois plus tard; son ventre avait grossi de nouveau. M. Léon Labbé lui

fit une seconde laparotomie, dont elle guérit aussi bien. Je l'ai revue enfin le 1er juillet 1891, c'est-à-dire plus d'un an après son séjour à l'hôpital Tenon ; elle a bonne mine, elle travaille activement et ne souffre pas. Elle m'a dit avoir toussé un peu cet hiver, mais elle est, en somme, beaucoup mieux portante qu'avant ma première intervention.

Instruit par les deux faits que je viens de vous citer, j'ai fait deux autres laparotomies, de propos délibéré, pour des péritonites tuberculeuses reconnues : une première fois chez une petite malade de 19 ans, ayant un gros ventre ballonné, douloureux, vomissements, diarrhée, fièvre à 39° le soir, hémoptysies et râles aux sommets. Opération le 14 octobre 1890 : un litre et demi de liquide séreux, granulations disséminées partout ; le péritoine fut seulement essuyé avec des éponges. La fièvre tomba, les vomissements et les douleurs cessèrent ; mais au bout de quinze jours survint une nouvelle poussée fébrile, et l'état général fut bientôt ce qu'il était avant. La malade, placée dans un service de médecine, succomba au bout de trois mois à ses lésions pulmonaires. Vous voyez qu'ici l'intervention n'eut aucune influence sur l'évolution du mal, parce qu'il était trop avancé et que le péritoine n'était pas seul en cause.

La seconde fois, c'était une jeune fille de 17 ans, pâle et maigre, mais sans aucun signe à l'auscultation. Le ventre était distendu par une ascite considérable. Incision le 26 mai 1891 ; granulations confluentes sur la paroi, l'intestin, l'utérus ; l'épiploon forme un gâteau épais, infiltré de tubercules, au-devant des anses intestinales. L'évacuation faite, j'éponge avec soin toutes les surfaces, je lave à l'eau salée, j'éponge de nouveau. La malade nous quitte le 22 juin sans douleur, le ventre plat et souple, toujours pâle mais ayant bon appétit et meilleure mine. Le cas est trop récent pour qu'on affirme rien, mais tout me fait espérer que le bénéfice de mon intervention sera durable.

Voilà donc, Messieurs, quatre exemples de tuberculose péritonéale traitée par l'incision. Les quatre opérations ont été fort bénignes. Sur le nombre, il y a un résultat négatif dans un cas très grave, un autre que nous jugerons plus tard et qui promet d'être heureux, enfin deux succès remarquables.

Or, les succès analogues sont aujourd'hui nombreux. Les malades sont très améliorées d'ordinaire, et leur vie est certainement prolongée ; les deux miennes ont déjà plus d'un an de bonne santé. Il ne s'agit pas, sans doute, d'une guérison des tubercules péritonéaux ; et cependant, ne cite-t-on pas la malade de Spencer Wells, qui vivait encore après vingt-sept ans? Il semble qu'il y ait là une action modificatrice profonde, assez mystérieuse d'ailleurs, exercée sur les granulations du péritoine, si bien que chez un bon nombre d'opérés l'abdomen est resté silencieux, guéri en apparence, et la mort est survenue par l'évolution des lésions pulmonaires ; chez quelques-uns même, on n'a plus retrouvé à l'autopsie les granulations péritonéales. Les bons effets de l'incision, habituels surtout dans la forme ascitique, peuvent s'observer aussi dans les formes sèches. Et ces bons effets, il est impossible de les attribuer à une cause déterminée, précise ; nous sommes là en plein empirisme, car, chose curieuse, les résultats paraissent être les mêmes, qu'on lave à grande eau le péritoine ou qu'on l'essuie seulement avec des éponges, qu'on y fasse passer de l'eau bouillie, de l'eau salée ou de l'acide borique, qu'on dissocie plus ou moins ou qu'on respecte les adhérences. Mais, sachez-le bien : qu'elle

agisse d'une façon ou d'une autre, c'est la laparotomie qui agit dans ces circonstances, c'est-à-dire une opération faite par la main d'un chirurgien qui n'a pas peur de manier le péritoine, de se mettre à l'aise pour le vider complètement, de multiplier les contacts avec le doigt, l'éponge, le liquide modificateur, et d'achever avec le soin et les détails nécessaires tout ce travail d'exploration, de nettoyage, de mise en ordre d'où résulte le changement d'allures de la péritonite et l'arrêt du processus tuberculeux.

C'est vous dire, Messieurs, qu'il ne faut pas vous attendre à réussir de la même façon en substituant à l'incision abdominale une simple ponction, suivie ou non d'un lavage. Notre collègue Debove a cependant préconisé cette dernière (1); son idée paraît être d'imiter les chirurgiens, mais en rendant l'opération moins chirurgicale pour la mettre à la portée de tous. C'est, je crois, une erreur. Sans nier les améliorations qu'il a citées, et qui ne sont encore ni nombreuses ni anciennes, je doute qu'il puisse obtenir souvent par la ponction ces véritables *guérisons* de la tuberculose péritonéale — guérisons temporaires, symptomatiques, apparentes si vous voulez, mais souvent brillantes et prolongées — qu'on obtient par une manœuvre plus complexe et plus chirurgicale. (*A suivre.*)

REVUE DES CLINIQUES

Paralysie faciale hystérique, par M. le professeur Charcot (2). — Messieurs, je vais vous présenter aujourd'hui un hystérique mâle. Vous savez que les hommes sont souvent atteints d'hystérie dans les classes inférieures de la société ainsi qu'il résulte des travaux de MM. Marie, Souques, Bitot, etc. La maladie prend souvent pour victimes les prolétaires qui mènent péniblement la lutte pour la vie, les déshérités, les misérables. L'alcoolisme, les professions toxiques, les traumatismes jouent ici un grand rôle, sans compter l'hérédité nerveuse.

Notre malade nous présente un exemple bien avéré de paralysie faciale hystérique. La paralysie, qui porte sur le domaine du facial inférieur, est légère sans doute, mais elle est parfaitement légitime. Ce cas est le même qui a été présenté par M. Ballet à la Société médicale des hôpitaux le 24 novembre 1890.

Il s'agit d'un garçon de 24 ans, tonnelier, d'apparence assez grêle, mais cependant bien bâti, bien portant du reste, à part un certain degré d'anémie. Il présente des attaques convulsives typiques, ayant le caractère de la grande hystérie. Il les a tous les huit ou dix jours environ et invariablement quand il boit. On trouve une anesthésie absolue pour le tact, la température et la douleur, localisée à droite, dans cette portion du domaine du facial inférieur que l'on peut appeler la joue, englobant le menton et s'étendant à l'intérieur sur la moitié correspondante de la cavité buccale. Dans l'hypochondre du côté gauche, on note la présence d'une zone hystérogène bien caractérisée. Enfin il y a un double rétrécissement du champ visuel ou micromégalopie dans les deux yeux, sans scotome central. Le goût, l'ouïe, l'odorat, sont affaiblis à gauche. Le réflexe pharyngien est totalement aboli du même côté; il n'y a pas trace d'hémiplégie dans les membres. Le sommeil est agité, interrompu par des cauchemars; pendant la nuit, il y a souvent de violentes crampes dans les jambes et des fourmillements dans les pieds et les mains. Mais, probablement, il s'agit là de phénomènes qui relèvent de l'alcoolisme.

La paralysie faciale est déjà apparente au repos; la commissure labiale gauche paraît légèrement tirée en haut et en dehors, tandis que la droite est tombante. Il n'existe

(1) Société médicale des hôpitaux, 10 octobre 1890.

(2) Résumé d'après les *Archives de neurologie*.

aucune déviation de la langue. Mais si l'on fait rire ou grimacer le malade, on voit la commissure gauche se relever notablement et s'entourer de plis en demi-cercle. A droite, les muscles du menton, les abaisseurs de la lèvre inférieure, fonctionnent normalement. Il en est de même pour le mouvement d'écartement des commissures dans le plan horizontal (risorius de Santorini), pour l'élévation de la lèvre supérieure (petit zygomatique) et pour l'occlusion des lèvres et le sifflement (orbiculaire des lèvres). Mais le mouvement d'élévation de la commissure en dehors et en haut (grand zygomatique) ne se fait pas, et nous savons, en outre, par ce que le malade nous a raconté, que le buccinateur a été paralysé. Il ne paraît donc avoir que deux muscles atteints : le buccinateur et le grand zygomatique. Les réactions électro-musculaires sont normales ; bien que la paralysie remonte à trois ans, il n'y a ni spasmes ni secousses musculaires.

L'hémiplégie hystérique n'attaque pas la face en général, elle ne l'attaque peut-être même jamais, d'après Tood, Haas, Weir Mitchell, et j'ai partagé cette opinion. Ce n'est pas qu'une déviation de la face appelée paralysie n'ait été notée dans diverses publications. Mais, si on y regarde de près, on trouve le plus souvent, dans ces cas, les caractères d'une déviation spasmodique et non point paralytique. La langue est le plus souvent tordue, enroulée sur elle-même, et le malade ne peut la sortir de la bouche. Notre opinion était que les déviations de la face qui se surajoutent à l'hémiplégie hystérique sont la conséquence d'un spasme glosso-labié unilatéral, qui occupe tantôt le côté opposé à l'hémiplégie, tantôt le même côté qu'elte.

Actuellement, je regarde la paralysie faciale hystérique comme démontrée. Elle est exceptionnelle, elle est singulière dans ses allures, mais elle peut cependant rendre plus difficile qu'on ne le pensait le diagnostic entre l'hémiplégie capsulaire et l'hémiplégie hystérique.

Les cas bien nets de paralysie faciale hystérique appartiennent à MM. Ballet (1 cas), Chantemesse (3 cas), Ballet (1 cas), Bonnet (1 cas).

Quant à présent, cette paralysie du facial inférieur semble se distinguer par quelques caractères de celle que l'on rencontre dans l'hémiplégie organique correspondante. Tout d'abord elle est en général très peu accentuée. De plus, elle paraît toujours s'accompagner d'anesthésie des parties paralysées. Enfin, plusieurs fois, on a pu l'observer isolée en dehors de toute paralysie notoire des membres, circonstance peu fréquente dans l'histoire de l'hémiplégie faciale capsulaire, et qui, dans la catégorie des paralysie corticales, n'est représentée que par quelques cas assez rares.

Dans les paralysies hystériques, la face ne semble pas placée sous le même régime que les membres, et la paralysie y est, comparativement au spasme, beaucoup moins accentuée et plus rare que dans ces derniers. Cela est à rapprocher de ce qui se voit dans l'hypnose telle qu'elle se montre chez les hystériques à stigmates, où les spasmes de la face sont faciles à réaliser par suggestion, tandis que les paralysies faciales ne se produisent jamais bien nettement.

Chez notre malade, il s'agit d'un sujet originairement nerveux. Pendant son enfance, il était d'un caractère difficile et sujet à des emportements violents. Pas de maladies caractérisées dans cette période. A 16 ans, il embrassa la profession de tonnelier et, à 19 ans, il avait déjà des habitudes alcooliques bien nettes. Bien qu'on l'ait autrefois accusé d'absinthisme, il nous a affirmé qu'il n'avait pris que rarement de l'absinthe, tout en avouant tous les autres excès.

En 1885, à l'âge de 18 ans, notre malade est victime d'un premier accident traumatique; à ce moment, il reçut à la nuque un violent coup de canne plombée qui fit plaie, et dont il porte encore une profonde cicatrice, sans qu'il s'ensuivît aucun trouble nerveux durable. En 1887, deuxième accident : il était occupé, un jour, dans une cave, à empiler d'énormes tonneaux, lorsque tout à coup une pile entière de ces demi-muids, mal calée, s'ébranle; une avalanche de tonneaux se précipite sur lui et menace de l'écraser contre un mur qui lui coupe la retraite. Alors il tombe dans un état nerveux indicible; ses jambes se dérobent sous lui; au lieu de fuir le danger, incapable de faire un mouvement, il reste en place comme fasciné. En vain, il entend ses camarades qui l'appellent, il ne bouge pas. On le retire cependant de là absolument sain et sauf, mais

tremblant de tout son corps. A la suite de cet accident, les effets du shock nerveux n'ont pas cessé de se faire sentir pendant une période de trois mois. Deux mois après se manifeste la première attaque d'hystérie, qui dure environ une heure; quatre mois plus tard, il entrait au service militaire et, au régiment, on remarqua la paralysie faciale.

Le rôle du traumatisme est ici facile à reconnaître. Le grand ébranlement psychique produit par l'accident du tonneau détermine un état nerveux permanent qui aboutit, au bout de quelques mois, à la première attaque. Pendant cette crise, il tombe sur le menton et se pince fortement les lèvres eutre les arcades dentaires; la chute, suivant les lois qui président à la localisation des phénomèues d'hystérie traumatique sur les points frappés et dans leur voisinage, fait apparaître la paralysie faciale et l'anesthésie qui s'y superpose. Mais l'intoxication alcoolique ne perd pas pour cela ses droits; ils se manifestent clairement ensuite. Au régiment, le malade s'abstient de boire faute d'argent. Dès lors, il n'a plus de grandes attaques, mais de petits vertiges qui le prennent quelquefois sur les rangs. Bieutôt sorti du service, c'est à-dire au bout d'un an, il reprend son métier de tonnelier et en même temps ses habitudes de boire, et alors reparaissent les attaques convulsives avec écume à la bouche, arc de cercle, etc.

Il y a donc ici, comme l'a dit ingénieusement M. Guinon dans son important travail, cumul de facteurs étiologiques; mais, à tout prendre, le traumatisme et l'alcoolisme ne sauraient être considérés que comme des agents provocateurs; la vraie cause n'est pas là, elle est dans la prédisposition, dans l'hérédité nerveuse qui, du reste, chez notre malade, est fortement accusée. En effet, son père, ancien militaire, employé d'octroi, était très nerveux, très coléreux et s'adonnait à la boisson. Sa mère, irascible, nerveuse à l'excès, était sujette à des attaques de nerfs. Dans les dernières années de sa vie, elle s'était mise à boire; elle a été internée à Sainte-Anne comme aliénée.

Terminons par quelques mots relatifs à la thérapeutique et au pronostic. L'influence de l'hérédité nerveuse est là, sans doute, toujours préseute, mais on peut espérer cependant pouvoir en pallier les effets. D'ailleurs, tout en proclamant l'infériorité des causes occasionnelles, on ne peut pourtant méconnaître, dans l'espèce, l'importance pratique de l'une d'entre elles; je veux parler de l'alcoolisme dont l'action, chaque jour renforcée par un abus nouveau du poison, entretient le mal et en aggrave les effets. De fait, à chaque nouvel accès, il semble que l'incendie se rallume et nous assistons à une nouvelle explosion des accidents convulsifs un instant endormis. Au contraire, nous avons vu que, pendant son service militaire, où faute d'argent il ne pouvait boire, le malade n'avait eu que des vertiges et non de grandes attaques. La première chose à faire sera, par conséquent, de lui prêcher l'abstiuence. Il s'est depuis quelque temps conformé à nos prescriptions et pour toute boisson il prend du lait; nous avons déjà pu constater les bons effets de ce régime; les crises se sont notablement espacées. L'hydrothérapie et les toniques feront le reste, surtout si le malade se décide à changer de métier pour éviter les écarts inhérents, paraît-il, à la profession de tonnelier.

REVUE DES THÈSES

DES SUITES ÉLOIGNÉES DES TRAUMATISMES DU CRANE ET DE LEUR TRAITEMENT PAR LA TRÉPANATION, par le docteur TELLIER. — Paris, J.-B. Baillière, 1891.

Pour l'auteur, la trépanation antiseptique est aussi banale que la laparotomie, et il faut y recourir dans la plupart des cas où les traumatismes craniens entraînent des suites éloignées.

Les accidents tardifs sont : des troubles moteurs, sensitifs, sensoriels et mentaux.

Les troubles moteurs sont surtout des accidents convulsifs et paralytiques dont l'existence paraît liée à des lésions de l'écorce cérébrale. L'intervention chirurgicale est indiquée, à moins de dégénérescences secondaires (contractures). Il faut chercher et enlever les esquilles, enfoncements ou exostoses, ouvrir et évacuer les anciens foyers hémorrhagiques et les abcès. Quand ces derniers sont situés dans la substance cérébrale, il est légitime de les chercher par des ponctions successives. Une fois le pus trouvé, on fera

une incision autant que possible parallèlement à la direction des fibres rayonnantes. Les cicatrices de la dure mère dues à la méningo-encéphalite doivent être incisées et même excisées. Quant à celles qui intéressent la substance cérébrale elle-même, il n'y faut toucher qu'avec prudence. Naturellement, s'il y a un kyste, un gliome, on en fait l'ablation.

Pour appliquer le trépan, on se basera sur l'existence de cicatrices anciennes, tout en sachant bien qu'elles ne sont pas toujours en rapport avec les lésions intra-craniennes, et sur un diagnostic de localisation qu'il ne faut pas non plus faire trop précis. Dans presque tous les cas où les blessés présentaient des troubles de la motilité. la trépanation a été suivie de guérison définitive ou le plus souvent d'amélioration manifeste.

Les troubles sensitifs et sensoriels ne relèvent pas en général de l'intervention chirurgicale. Cependant la céphalalgie persistante et localisée pourront être une indication du trépan.

Les troubles mentaux sont de différentes espèces :

a) *Troubles intellectuels.* — C'est l'obnubilation, l'hébétude, la perte de la mémoire, le changement d'humeur et de caractère, le développement incomplet ou pervers de l'intelligence, etc. (cérébraux, impulsifs).

b) Des troubles pathologiques plus marqués et permanents : paralysie générale, épilepsie, démence confirmée.

En présence d'un ancien blessé du crâne, aliéné ou simplement obnubilé, si on a éliminé toute autre cause, on peut discuter la question de l'application du trépan.

S'il existe des cicatrices externes pouvant faire croire à l'existence de lésions intra-craniennes; s'il y a des phénomènes de localisation cérébrale; si le malade accuse un point douloureux persistant; si, enfin, il est permis de croire à des accidents causés par de la congestion ou de la compression cérébrale, la trépanation doit être pratiquée. Elle est inoffensive et souvent suivie d'amélioration plus ou moins durable. Les troubles intellectuels ont souvent disparu à la suite du trépan.

L'intervention paraît être contre-indiquée dans la paralysie générale d'origine traumatique, étant donné que l'on rencontre souvent dans cette affection des rémissions plus ou moins longues. Toutefois, *a priori*, chez un malade dont la lésion serait bien confirmée, et ne serait en rien modifiée dans sa marche par l'isolement et un traitement approprié, on serait autorisé à intervenir s'il présentait des phénomènes congestifs du côté de l'encéphale.

Dans l'épilepsie d'origine traumatique, tout le monde conseille la trépanation. A la suite du trépan, les crises diminuent le plus souvent, disparaissent parfois; les troubles intellectuels sont amendés, en tout cas enrayés dans leur marche. L'intervention chirurgicale est le seul traitement rationnel de cette terrible affection (1).

Dans les cas de démence confirmée, on doit intervenir et trépaner si l'on trouve une cicatrice, une fissure. On réussit parfois. Dans l'hystéro-traumatisme, l'intervention chirurgicale doit être rejetée.

Au point de vue opératoire, M. Tellier donne la préférence à l'opération pratiquée sans le concours du trépan. La dure-mère doit être souvent incisée, les cicatrices pathologiques excisées. En présence de la substance cérébrale paraissant saine, l'excision doit être discutée avec beaucoup de soin et pratiquée seulement lorsque l'indication sera parfaitement nette; en particulier, quand, toute autre lésion faisant défaut, l'excitation électrique fera connaître que le centre de la région du corps où se manifestent les symptômes consécutifs, est bien dans la région du cerveau mise à découvert. On pourra faire la réimplantation des rondelles osseuses, mais elle n'est pas absolument nécessaire. Les hernies cérébrales seront traitées par la compression, la résection ou simplement le port d'une calotte protectrice. — P. N.

(1) On a pu voir, en lisant le compte rendu des dernières séances de la Société de chirurgie, que plusieurs chirurgiens étaient fort peu enthousiastes de la trépanation dans ces cas; elle peut être suivie de mort rapide.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 juillet 1891. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : Anévrysme artério-veineux traité par l'extirpation. — Ablation d'un myome utérin quelques jours après un avortement. — La laparotomie exploratrice dans les plaies pénétrantes de l'abdomen. — Néphrorraphie, puis néphrectomie pour rein mobile.

M. Reclus fait un rapport sur un cas d'extirpation d'anévrysme artério-veineux de la jambe, dont l'observation a été envoyée par M. D. Monod (de Bordeaux). Le malade était un jeune homme de 28 ans qui s'était blessé au mollet avec une serpette; il y eut une hémorrhagie assez forte, et, après quelques jours, les signes de l'anévrysme apparurent. La jambe s'affaiblissant, on essaya de guérir l'anévrysme par la compression directe et indirecte; ce traitement fut très douloureux, et, comme il ne donna pas de résultats, on l'abandonna au bout de onze jours.

M. Monod se résolut alors à faire la ligature au-dessus et au-dessous du sac. On appliqua d'abord la bande d'Esmarch, et la tumeur étant mise à nu par une incision, on trouva un sac situé en dehors de l'artère et de la veine. Les ligatures furent très difficiles à mettre; la dissection du sac se fit facilement après enlèvement de la bande d'Esmarch, et M. Monod enleva la tumeur. A la suite de l'opération, il survint une suppuration qui ne retarda que peu la guérison.

M. Reclus fait remarquer que, probablement, la difficulté d'extirpation de la tumeur était due, dans ces circonstances, à ce que la bande d'Esmarch avait été peu serrée; que l'opération radicale s'imposait de suite, sans qu'il fût utile d'essayer de moyens plus doux. La compression, qu'elle soit directe ou indirecte, est aujourd'hui considérée comme une méthode à laisser de côté; l'extirpation s'est substituée aux autres méthodes, en exceptant cependant la double ligature artérielle qui peut être appliquée toutes les fois que le sac ne communique qu'avec une petite collatérale. La quadruple ligature (artère et veine) reste une opération bonne en théorie, mais il faut lui préférer l'extirpation, surtout pour les anévrysmes des membres.

— M. Monod rapporte une observation que lui a envoyée M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer). Le sujet est une jeune femme qui, depuis quelques années, présentait de fréquentes ménorrhagies. Pendant les premiers mois de sa grossesse, en 1889, elle eut des douleurs intermittentes dans les flancs, douleurs qui devinrent plus vives au bout de cinq mois et demi; le toucher vaginal fit alors reconnaître un commencement de travail; on fit la version sans difficulté; mais on reconnut, pendant la manœuvre obstétricale, la présence, au fond de l'utérus, d'une tumeur volumineuse, dure et lisse, au niveau de laquelle s'implantait le placenta.

La délivrance eut lieu sans hémorrhagie. L'utérus resta volumineux, mais les suites furent normales pendant huit jours. Alors apparurent des douleurs, de la fièvre et des lochies odorantes. On chloroformisa la malade et, après avoir dilaté le col, on fit l'ablation du fibrome par morceaux à l'aide d'une pince; puis on fit l'antisepsie et un tamponnement iodoformé.

Les suites furent des plus satisfaisantes, la menstruation redevint régulière et, en 1890, apparut une nouvelle grossesse suivie d'un accouchement normal.

— M. Terrier communique une observation de plaie pénétrante de l'abdomen traitée par la laparotomie exploratrice. Il s'agit d'un homme qu'on apporta un soir à l'hôpital, blessé d'un coup de couteau à l'hypochondre gauche; la plaie, de 2 centimètres, siégeait au-dessous des fausses côtes, sensiblement sur le trajet de la ligne mamelonnaire. A son entrée, l'interne de garde lui désinfecta sa plaie et le pansa. M. Terrier s'assura, à l'aide d'une sonde canelée stérilisée, que la plaie était pénétrante et fit une laparotomie sur la ligne médiane. Il n'y avait pas d'épanchement dans le péritoine et l'intestin était intact. M. Terrier nettoya la plaie du côté de la face profonde de la paroi abdominale avec du bichlorure et referma le ventre. L'opération avait duré quarante minutes.

Les suites opératoires ont été nulles, et quelques jours après le malade était guéri totalement. Au cours de l'intervention, on trouva l'intestin rempli d'ascarides.

M. Terrier fait observer qu'il a pratiqué une laparotomie exploratrice aussitôt après l'accident, alors qu'il n'y avait que le minimum de signes possibles. Il conseille de se conduire de la sorte toutes les fois que le péritoine est ouvert.

M. Marc Sée rappelle que, depuis longtemps, il pratique l'exploration des plaies de l'abdomen avec un stylet, malgré les opinions contraires de plusieurs de ses collègues, et qu'il l'a toujours conseillée.

M. Quénu rapporte un fait d'exploration ayant une certaine analogie avec celui de M. Terrier. En 1881, il eut à donner ses soins à un homme qui venait d'être frappé d'un coup de couteau dans la fosse iliaque. M. Quénu, après avoir agrandi la plaie et reconnu que la source de l'hémorrhagie était à la face péritonéale de la paroi, nettoya la plaie et fit une suture. La guérison fut rapide.

M. Terrier trouve que le cathétérisme n'est pas une pratique récente. Il l'a employé dès 1863 étant interne de Chassaignac, alors qu'on proscrivait cette opération. Chassaignac examinait les plaies de l'abdomen à la sonde canelée, et faisait de l'antisepsie sans le savoir; il trempait son stylet dans une solution de nitrate d'argent, aussi n'en résultait-il pas d'accidents.

M. Quénu montre un rein qu'il vient d'enlever à une femme par la néphrectomie lombaire. Cette malade, qui avait un rein mobile, avait déjà subi antérieurement une néphropexie qui était restée sans résultats. Il se produisit une uretéropyélite; M. Quénu, à la suite de ces accidents, fit l'ablation du rein qui était resté parfaitement fixé à la paroi. Le bassinet et l'uretère étaient dilatés et l'on pouvait voir les lésions de la pyélo-néphrite. A l'entrée de cette malade dans le service, il avait été diagnostiqué hydronéphrose intermittente dans un rein mobile.

M. Bazy fait remarquer, à l'examen de l'organe, que la mobilité n'était pas la seule cause des accidents. Quand on doit fixer un rein, il est nécessaire, à son avis, d'en faire préalablement une exploration complète et de vérifier s'il y a des bosselures.

M. Terrier pense que cette exploration ne donne pas toujours des rensignements suffisants; la surface de l'organe ne révèle souvent rien de ce qui peut exister dans la partie centrale.

M. Bazy, dans les diverses opérations qu'il a faites, s'est toujours préoccupé de l'état de l'organe à la surface, et il lui a été presque toujours facile de constater s'il était lisse, uni et régulier ou s'il présentait des bosselures.

M. Quénu croit que l'existence des bosselures est une preuve insuffisante de l'affection du rein; et, en admettant qu'elles soient évidentes, il pense que ce ne serait pas une raison indiquant forcément la néphrectomie. Dans le cas particulier dont il s'agit, la partie fixée paraissait saine.

M. Terrier communique la statistique des opérations pratiquées à l'hôpital de Berck-sur-Mer par M. Calot du mois de février au mois de mai 1891. Sur 96 opérations, dont 37 résections, il n'y a eu que 3 décès.

De quelques nouvelles médications.

Sur l'emploi de l'huile de foie de morue. (*Revue de thér. méd. et ch.*)

Dans un mémoire sur ce sujet, le docteur Fargeaud arrive aux conclusions suivantes : L'huile de foie de morue est très efficace : *a*) Dans les affections broncho-pulmonaires consomptives et la phthisie; elle diminue la toux et stimule la nutrition;

b) Dans les affections rhumatismales chroniques, surtout dans la forme lumbago;

c) Dans l'état morbide des enfants, désigné vulgairement sous le nom de faiblesse dans

les reins, qui se développe sur des enfants scrofuleux et aboutirait au rachitisme. L'huile de foie de morue doit être employée *intus* et *extra;*

d) Dans le carreau, ou tuberculose des ganglions mésentériques; mais il faut faire exactement le diagnostic de cette affection d'avec l'engorgement ganglionnaire dû à une entérite chronique;

e) Dans les manifestations diverses de la diathèse scrofuleuse : adénites, ostéochondrites, ophthalmies chroniques, scrofules ulcéreuses, où l'huile de foie de morue a été donnée avec succès à l'intérieur et à l'extérieur, selon la formule :

Huile de foie de morue......................	15	grammes.
Sous-acétate de plomb......................	8	—
Jaune d'œuf................................	12	—

f) Dans les dermatoses chroniques : teigne faveuse, impétigo et eczémas chroniques; ichtyose, lupus;

g) Dans la diathèse furonculeuse;

h) Dans les maladies convulsivantes chroniques (paralysie agitante, épilepsie simple, chorée et tremblement mercuriel);

i) Dans l'héméralopie;

j) Dans certaines gastralgies anciennes (associée au quassia amara).

Mode d'action. — Elle est dépurative, tonique et reconstituante à l'intérieur et, à l'extérieur, fortifiante, lénitive et cicatrisante.

On peut l'aromatiser ou la faire prendre entre deux eaux, suivant la méthode du docteur Ferrand. — P. N.

Lavements nutritifs de blanc d'œufs. (*Revue de thérap. méd. et chir.*)

L'albumine de l'œuf constituant un aliment d'une grande valeur nutritive, il était naturel qu'on cherchât à la faire absorber par la voie rectale, dans les cas où l'ingestion stomacale est impossible. Mais le blanc d'œuf est-il absorbé aussi bien par le rectum qu'après sa digestion dans l'estomac? Les expériences ont montré que l'albumine de l'œuf n'est absorbée par le rectum qu'en présence d'une certaine proportion de chlorure de sodium, mais qu'elle est rendue sans modification par les fèces si le sel est absent. Le docteur Huber a cherché à contrôler le fait sur l'homme.

La conclusion de ses recherches est que le blanc d'œuf battu est absorbé par le rectum, mais en très petite quantité, et qu'un lavement de cette sorte n'a qu'une faible valeur nutritive. Si cependant on ajoute une certaine quantité de sel marin (1 gramme par œuf), la quantité d'albumine absorbée est double. L'albumine peptonisée est absorbée en quantité à peine plus grande que l'albumine salée. Mais le blanc d'œuf additionné de sel est absorbé dans la proportion de 60 à 70 p. 100; il constitue donc un mélange très approprié pour les lavements nutritifs, d'autant plus recommandable que, d'après Huber, son usage n'entraîne pas d'albuminurie.

Voici comment on procède : On prend pour un lavement deux ou trois œufs battus et additionnés de 2 ou 3 grammes de sel. On injecte cet aliment à l'aide d'un entonnoir et d'un tube de caoutchouc introduit aussi haut que possible. On administre ainsi trois lavements par jour, en ayant soin de les faire précéder une heure auparavant d'un lavement évacuateur d'eau ordinaire. — P. N.

Diminution de la puissance virile par l'emploi interne des antiseptiques et surtout de l'acide salicylique. (*Revue de thérap. méd. et chir.*, 1891.)

Le docteur Vanden Corput (de Bruxelles) attire l'attention sur la diminution de la puissance virile qu'il a observée chez des malades auxquels il avait prescrits des antiseptiques, tels que l'acide salicylique, la quinine, le menthol, l'acide phénique. L'auteur suppose que ces antiseptiques agissent sur les éléments pigmentés du sang et sur les cellules séminales comme sur les organismes inférieurs. Les spermatozoïdes deviennent, en effet, complètement immobiles sous le microscope, tout comme les leucocythes qui perdent leurs mouvements amiboïdes et ne peuvent effectuer leurs migrations.

L'acide salicylique agit de la même manière sur l'ovaire pour allonger la période menstruelle. — P. N.

EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DE L'HYDROGÈNE SULFURÉ. (*Revue de thérap.*, 1891.)

Le docteur Berliner (de Hambourg) a traité une vingtaine de cas de pityriasis versicolor et de psoriasis par des applications d'une pommade au bisulfure de calcium préparée avec de la vaseline, de l'axonge, et une solution de bisulfure de calcium contenant 5 p. 100 d'hydrogène sulfuré à l'état libre. Il a employé deux sortes de pommade, une forte, comprenant 2 p. 100 d'hydrogène sulfuré libre, et une faible n'en contenant que 1 p. 100. Ce topique s'est comporté comme spécifique dans les cas de pityriasis versicolor; son emploi a donné d'excellents résultats dans les cas de psoriasis et d'eczéma séborrhéique. Contre ces mêmes dermatoses, les eaux sulfureuses sont réputées être très efficaces. — P. N.

MIGRAINE; EMPLOI DU GUARANA. (Le *Scalpel*, 1891.)

Selon le docteur Pemberton Peake, dès l'apparition des phénomènes prodromiques (rétrécissement du champ visuel, bourdonnements des oreilles, etc.), le malade doit s'interdire tout travail, prendre 1 à 2 grammes de pâte de guarana et un peu de bouillon, se mettre au lit et tâcher de dormir. Si le sommeil ne vient pas, rester tranquille au lit jusqu'à ce que se déclare le mal de tête; alors boire un grand verre de thé. Il est préférable de se distraire un peu par la conversation ou la lecture que de rester absorbé dans la douleur. Ce traitement abrégerait beaucoup la durée de l'accès — P. N.

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE LES ENGELURES. — Morrow.

Acide phénique neigeux } Acide tannique }	ãã 4 grammes.
Teinture d'iode	8 —
Vaseline	120 —

F. s. a. une pommade, que l'on appplique sur les engelures trois ou quatre fois par jour. — N. G.

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 19 juillet 1891, ont été nommés :

1° *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les docteurs Aron, médecin inspecteur des armées; J.-H. Bergeron, médecin du lycée Michelet; Bouloumié, Bouvyer, Cuyer, Lapra, Le Noir, de Thierry et Troisier (de Paris), Demons et Guillaud (de Bordeaux), Dubar (de Lille), Guichard (d'Angers), Jarrin (de Chambéry), Jaurès (de Dourgue), Laroyenne et Pierret (de Lyon), Magnin (de Besançon), Raymond (de Limoges).

MM. les pharmaciens Leblond (de Rebais), Moissan (de Paris) et Monceaux (d'Auxerre).

2° *Officiers d'Académie.* — MM. les docteurs Berton, Binet, Bloch (A.-M.), Burlureaux, Mmes Chopin et Edwards-Pilliet, MM. de Fleury, Graux, Le Guellant, Meng, Millet, médecin-major; R. Moutard-Martin, Ozenne, Pennel, H. Picard, Paul Raymond, Schlemmer, Stacker, Thermes, Vergeade, Vergne, Vinant (de Paris); Alvin (de Saint-Etienne), Amavet (de Marignane), André (de Toulouse), Barbaux (de Quingey), Bardy (de Belfort), Barrois (de Lille), Barthélémy (de Fuveau), Bihorel (de Bréval), Blesson (de Montreuil-sous-Bois), Boisson (de Sceaux), Bollet (de Trévoux), Boubila (de Marseille), Boyer (de Beyrouth), Carcopino (de Verneuil), Chabenat (de la Châtre), Coulaud (de Mouleydier), Coustou (de Gensac), Crimail (de Pontoise), Daudé (de Marvéjols), Didier (du Havre), Dupuy (de Mois-

sac), Dziewouski, médecin-major; Fallot (de Marseille), Ferré (de Bordeaux), Forgue (de Montpellier), Galais (de Bonneville), Gazet (de Tain), Gensollen (de Solliès-Pont), Giraud (d'Argentré), Godivier (de Bouëre), Goupil (de Ploërmel), Gourbeyre (d'Ambert), Goy (de Regnier), Grosjean (de Châlons-sur-Marne), Gruget (de Nantes), Guimbail (d'Ivry-sur-Seine), Hache (de Beyrouth), Haelding (de Montrouge), Haran (de Vezelay), Hébert (d'Audierne), Horand (de Lyon), Hugon (de Saint-Flour), Hébert (de Dijon), de Langenhagen (de Lamotte-les-Bains), Lelong, médecin-major; Lemoine (de Vitry-en-Artois), Leriche (de Mortain), Levillain (d'Alfortville), Linossier (de Lyon), Nicolas (de Grenoble), Polin, médecin-major; Planteau (d'Alger), Robert (de Ligny), R. Saint-Philippe (de Bordeaux), Soyer (de Guiscard), Tapie (de Toulouse), Tesson (d'Angers), Thoizon (de Souppes), Tissier (de Remiremont), Truc (de Montpellier), Vallet (de Saint-Jean-de-Liversay), Vilocq (de Soissons), Vincent (de Beyrouth), Yot (de Versailles).

M. Joly, directeur de l'hôpital Necker.

Mme la sage-femme Forino (de Paris).

MM. les pharmaciens Girard, Grignon et Pernette (de Paris), Mordagne (de Castelnaudary), Requier (de Villejuif), Roche (d'Aigueperse), Savournin (de l'Isle-sur-Sorgues).

La revaccination dans les écoles. — Le Conseil d'hygiène du département de la Seine a adopté, dans sa dernière séance, les conclusions d'un rapport de M. Auguste Ollivier, relatif aux revaccinations qui doivent être pratiquées dans les écoles municipales; voici ces conclusions; il convient :

1° D'employer exclusivement le vaccin animal. On choisira pour la culture du vaccin des génisses robustes et absolument saines, et on prendra des précautions antiseptiques rigoureuses. 2° de faire l'inoculation directe de la génisse aux enfants. 3° De prendre pour cette petite opération toutes les précautions antiseptiques usitées en chirurgie et consistant surtout : à laver préalablement à l'eau boriquée le bras à vacciner; à tremper, avant chaque revaccination, la lancette dont on va se servir dans une solution antiseptique. 4° Faire examiner les enfants à revacciner par les médecins-inspecteurs des écoles, qui verront s'ils ne sont pas atteints de dermatoses, telles que l'eczéma et l'impétigo, exposant à la généralisation de la vaccine. 5° Revacciner tous les enfants de dix ans.

Concours pour le prosectorat. — Le jury de ce concours, qui commencera le samedi 25 juillet (Epreuve des pièces sèches), se compose de MM. Quénu, Verneuil, Th. Anger, Marc Sée, Tillaux, Lacombe et Tapret. — Les candidats inscrits sont MM. Arrou, M. Baudoin, Chipault, Dagron, Guillemain, Faure, Mauclaire.

Crèche de Ville-d'Avray. — On vient d'inaugurer, à Ville-d'Avray, une institution éminemment utile, fondée Mme Georges Halphen : c'est une crèche construite dans les meilleures conditions hygiéniques, par M. Emile Camut, architecte du gouvernement.

Bulletin bibliographique

Nos grands médecins d'aujourd'hui, par le docteur Horace Bianchon.

Cet ouvrage se trouve à Paris, à la Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, ru Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

Le deuxième Congrès pour l'étude de la tuberculose.

Lundi dernier a eu lieu, à la Faculté de médecine, la séance d'inauguration du deuxième Congrès pour l'étude de la tuberculose. Le grand amphithéâtre, richement décoré pour la circonstance, était rempli de médecins et de vétérinaires venus de Paris, de la province et de l'étranger. Un public nombreux garnissait les gradins supérieurs, qui lui étaient réservés.

Sur l'estrade avaient pris place, aux côtés de M. le président Villemin, les délégués de nos Sociétés savantes : MM. Verneuil, Chauveau, Pasteur, Larrey représentaient l'Institut; Tarnier, Guyon, l'Académie de médecine; Nicaise, la Société de chirurgie; Leblanc, Nocard, la Société centrale de médecine vétérinaire; Butel, Rossignol, la Société de médecine vétérinaire pratique, etc.

Ont été nommés présidents d'honneur : Pour la France, MM. Pasteur, Brouardel, Chauveau, Arloing, Charcot, Hérard, Cornil, Grancher, Lannelongue, Trasbot; — pour l'Angleterre, William Waston; — pour la Belgique, Degive, Laho, Malvoz, Mosselmann; — pour l'Espagne, Espina y Capo; — pour les Etats-Unis, Jacobi et Page; — pour la Grèce, Boussakis; — pour la Hollande, Thomassen; — pour l'Italie, Semmola; — pour le Luxembourg, Siegen; — pour la Roumanie, Babes, Calman Müller; — pour la Russie, Metschnikoff; — pour la Turquie, Zaeros Pacha.

Les vice-présidents sont : MM. Verneuil et Nocard; le secrétaire général, M. L.-H. Petit; et les secrétaires, MM. Gallois, Leclainche, Vignardou, Marfan, Coudray, P. Villemin, Mosny.

M. Villemin a ouvert la séance en rappelant les progrès accomplis dans l'étude de la tuberculose depuis la découverte de la contagion, il y a vingt-cinq ans. Il a engagé les travailleurs à ne pas se laisser décourager par les désillusions de la dernière année, mais, au contraire, à redoubler d'efforts pour arriver à la solution de ce difficile problème, la guérison de la tuberculose.

En attendant qu'on trouve cette solution, M. Verneuil, s'appuyant sur sa longue expérience, a démontré les avantages qu'il y a pour les tuberculeux de toutes les catégories, et en particulier pour les phthisiques, à quitter l'atmosphère viciée des villes pour vivre à la campagne, où ils ont à profusion l'air et la lumière. Autant ils ont profit à vivre hors des villes, autant

il est dangereux pour eux d'y revenir. Un phthisique qui quitte la campagne pour habiter continuellement la ville peut être considéré comme perdu; au contraire, un phthisique qui renonce à la ville pour habiter la campagne, dans certaines conditions déterminées, a de grandes chances de voir sa maladie guérir; et, en effet, beaucoup guérissent.

On peut donc résumer ainsi qu'il suit la manière dont on doit actuellement traiter les tuberculeux; les faire vivre au grand air, dans les meilleures conditions hygiéniques possibles, en les soumettant à un traitement dont la créosote, l'iodoforme, l'arsenic, le soufre, feraient les frais.

M. le professeur Grancher a exposé d'une manière très scientifique et très nette la question de la vaccination antituberculeuse. Il a montré que cette question, pour bien des raisons, ne pouvait pas avoir encore atteint la perfection que M. Koch avait annoncée, mais qu'elle avait cependant fait de grands progrès et qu'il fallait persévérer dans cette voie.

M. le professeur Arloing (de Lyon) a raconté les expériences qui avaient été faites avec la tuberculine de M. Koch au laboratoire de médecine expérimentale de la Faculté de médecine de Lyon. Aussi spirituel et bon écrivain que bon orateur, M. Arloing a excité le plus vif et le plus légitime intérêt en démontrant que la fameuse lymphe n'avait tenu aucune de ses promesses. On a pu en tirer la conclusion, c'est que la science allemande avait fait dans cette question ce qu'on appellerait en France une jolie gaffe.

Dans tous ces discours, il a été souvent question de M. Villemin et de M. Pasteur, dont les noms ont été chaleureusement acclamés.

M. L.-H. Petit, secrétaire général du Congrès, a terminé la séance en faisant l'exposé des résultats scientifiques et pratiques du premier Congrès. Tout porte à croire, d'après les communications annoncées, que la présente session sera tout aussi remarquable.

Dans la matinée, les membres du Congrès s'étaient rendus à l'hôpital Trousseau, où M. le professeur Lannelongue leur a présenté les malades atteints de tuberculose locale qu'il a traités par les injections de chlorure de zinc, en rapportant l'histoire clinique de chacun d'eux. Les assistants ont paru très frappés des excellents résultats obtenus en peu de temps. M. Lannelongue a procédé ensuite au traitement d'un abcès provenant d'une coxo-tuberculose, pour démontrer le manuel opératoire de sa méthode. Tous ont vivement remercié et félicité le professeur de son intéressante démonstration.

De là, les membres du Congrès sont allés à l'hôpital Saint-Antoine, où, par une curieuse coïncidence, ils sont arrivés en même temps que M. le ministre des travaux publics, qui venait de visiter les blessés de l'accident de Saint-Mandé. Là, ils ont assisté à une autre démonstration faite par M. Tapret de sa méthode de traitement de la phthisie pulmonaire par le séjour des phthisiques dans une atmosphère créosotée sous pression. Nous avons déjà parlé de cette méthode sur laquelle nous n'avons pas à revenir. Nous dirons cependant que les bons résultats annoncés ont paru confirmés par les malades qui ont été présentés.

Nous reviendrons plus tard sur ces résultats.

Hôpital de la Charité. — M. le professeur Potain.

Rétrécissement et insuffisance de la valvule tricuspide.

Messieurs,

Au n° 17 de la salle Piorry est couchée une femme qui présente une lésion grave du cœur droit, une insuffisance tricuspidienne bien caractérisée.

Le diagnostic des affections de la valvule auriculo-ventriculaire droite ne se fait pas de la même manière que celui des affections similaires du cœur gauche. Pour ces dernières, l'auscultation est le principal mode d'exploration que nous ayons; pour les premières, nous nous basons surtout sur les signes extérieurs. L'insuffisance aortique, du reste, de même que l'insuffisance tricuspide, se reconnaît surtout à l'aide des symptômes extérieurs au cœur, par les caractères du pouls, les battements des artères du cou, le double souffle crural, le pouls capillaire. Dans l'insuffisance tricuspide, le souffle peut manquer quand elle est très marquée; je vous l'ai, du reste, déjà dit bien souvent, un souffle d'une grande intensité indique surtout une insuffisance peu marquée. Le souffle lui-même a des caractères spéciaux, mais ils sont difficiles à saisir, et bien souvent on ne peut guère le distinguer nettement d'un souffle mitral.

Le signe principal de l'insuffisance tricuspide consiste en des battements du système veineux, qui sont très marqués chez notre malade, mais qu'il convient d'analyser de près. Les veines jugulaires peuvent, en effet, présenter des battements sans qu'il y ait de lésions vasculaires, et ces battements ont parfois une grande amplitude. Il y a alors, sur le tracé pris avec un appareil enregistreur, un premier soulèvement par l'afflux du sang de la périphérie; puis un deuxième, très marqué, quand l'oreillette se contracte; enfin la contraction ventriculaire s'accuse encore par un léger ressaut; elle est suivie d'un affaissement profond qui indique, sur le tracé, la diastole de l'oreillette.

Lorsque le sang remplit la veine, le soulèvement du tracé se fait progressivement.

On sent le battement de l'artère radiale après le léger soulèvement dû à la contraction du ventricule.

Les battements jugulaires sont plus ou moins accentués. Ils existent chez les sujets qui n'ont pas de valvule à l'entrée de la veine. Quand le bulbe est au-dessus de la clavicule, on sent le mouvement très facilement. L'activité circulatoire augmente les battements; chez les chlorotiques, ils présentent généralement une grande amplitude, car il y a peu de tonicité des parois vasculaires. J'ai eu occasion de les voir pour la première fois sur une jeune fille qui portait au cou une petite croix à la Jeannette, laquelle était allée se placer latéralement au niveau de la jugulaire.

Une maladie du cœur peut exister sans qu'il y ait de battement, et la distension du système veineux les empêche parfois de se produire. Ils apparaissent dans l'insuffisance tricuspidienne, parce que le sang reflue dans l'oreillette. Alors, au lieu d'un affaissement au moment où le sang pénètre dans la cavité auriculaire, on a une élévation du tracé qui persiste jusqu'à la fin de la contraction ventriculaire.

Dans l'insuffisance tricuspidienne, le battement des jugulaires peut se

faire de deux façons. Ou bien il y a un simple soulèvement au moment de la systole ventriculaire, ce soulèvement dure jusqu'au deuxième bruit et cesse brusquement, remplacé par un affaissement brusque; ou bien on observe en outre le pouls veineux présystolique normal, la durée du soulèvement étant alors accrue.

En général, en palpant le pouls radial en même temps que l'on observe les battements de la jugulaire, on arrive facilement à noter exactement les différents temps.

Une autre variété de battement de la jugulaire peut coïncider avec la systole et est déterminée par le choc que produit sur la veine la systole artérielle au moment de la contraction ventriculaire. Comment la distinguer par les caractères du tracé? Le battement propre de la veine donne une ascension plus ou moins lentement progressive et une terminaison brusque. Le battement artériel est l'inverse, et vous comprenez facilement la cause de cette différence. L'artère reçoit le sang du cœur qui le lui envoie brusquement; la veine reçoit le sien de la périphérie, et il n'arrive que lentement.

Il y a donc, en somme, un pouls veineux normal faux, un pouls veineux transmis et un pouls veineux vrai d'origine tricuspidienne. Chez notre malade, ce dernier est très marqué, et le tracé a une grande amplitude.

Le pouls veineux se voit aussi sur le foie dans lequel il se fait un reflux identique à celui qui se produit dans la veine jugulaire. Il n'y a pas de pouls hépatique normal; il existe peut-être, mais il est trop profond pour que l'on puisse le percevoir. Il peut y avoir au foie un faux pouls veineux présystolique qui est du reste rare et un pouls systolique produit par les battements de l'aorte qui soulèvent le foie; enfin le ventricule qui s'applique par sa face inférieure sur la glande peut faire sentir ses contractions à l'organe. Il s'agit, dans les deux derniers cas, de mouvements communiqués, s'étendant peu et qu'on ne retrouve pas dans l'hypochondre droit. Le mouvement d'expansion, au contraire, s'étend à tout le foie.

L'insuffisance tricuspide se produit dans deux conditions. Tantôt il s'agit d'une insuffisance comparable à celle de la mitrale, avec déformations, rétractions valvulaires; tantôt il s'agit d'une insuffisance fonctionnelle résultant de la distension du ventricule qui écarte les points d'insertion du tendon. Ces deux insuffisances ont un pronostic très différent. L'insuffisance organique est irrémédiable, ne peut guérir. L'insuffisance fonctionnelle peut disparaître totalement. J'ai déjà eu occasion de vous parler, dans mes leçons, d'une de mes malades qui avait une insuffisance fonctionnelle d'origine gastrique et chez laquelle des accidents formidables cessèrent complètement à plusieurs reprises.

Comment distinguer les deux variétés. Toutes deux donnent naissance à un souffle de la pointe qui tend à occuper surtout le bord droit du cœur. Il faut s'appuyer, pour le diagnostic, sur le mode d'évolution. L'insuffisance fonctionnelle peut diminuer et disparaître par le repos et la digitale; cela se voit dans des insuffisances primitives ou secondaires à des affections cardiaques gauches, ce qui est le plus fréquent. La digitale, je tiens du reste à le dire, n'agit pas spécialement sur le cœur droit, bien qu'elle ait ici de très bons effets.

Chez notre malade, le repos et la digitale n'ont guère amélioré la situation; il est donc probable qu'il s'agit d'une insuffisance organique.

Quelle en est la cause? C'est ce qu'il nous faut, maintenant, chercher.

La malade est âgée de 44 ans. Elle a eu une rougeole à l'âge de 8 ans et raconte que c'est sa seule maladie. Cependant, dès sa petite enfance, elle se plaignait de battements de cœur et ses lèvres bleuissaient facilement. Ces phénomènes cessèrent, et les règles apparurent à 18 ans. A la suite de grandes fatigues, d'un accouchement, les accidents revinrent et la malade se mit à tousser, à cracher un peu de sang de temps à autre. Plus tard, l'oppression et les palpitations s'accentuèrent, la patiente dut entrer, à différentes reprises, à l'hôpital, se plaignant d'une sensation de poids dans la région précordiale, de fatigue, de vertiges, d'hémoptysies; elle eut une pleurésie que l'on dut ponctionner. Enfin, ces derniers temps, se trouvant plus mal, elle demanda à entrer dans notre service.

A l'auscultation, nous avons trouvé un souffle à la pointe. Est-ce un souffle d'insuffisance tricuspide seule ou y a-t-il une insuffisance mitrale? Le souffle mitral a une tonalité élevée, un timbre un peu rude, a son maximum nettement à la pointe et se propage vers l'aisselle. Chez notre malade, il y a un souffle bas, dont le maximum est sur le bord droit du cœur et qui varie d'intensité. Etant donné ces caractères, étant donné l'absence de propagation vers l'aisselle, on peut éloigner l'idée d'une insuffisance mitrale. Il n'y a rien non plus du côté de l'aorte et aucun signe du rétrécissement mitral, ni dédoublement du deuxième bruit, ni roulement diastolique avec ou sans renforcement présystolique, ni accentuation du deuxième ton pulmonaire.

A la pointe et sur le bord droit, on entend, de temps en temps, un bruit diastolique, grave, bas, qui peut faire penser à un rétrécissement auriculo-ventriculaire droit. Ici le diagnostic est difficile. Ce rétrécissement est très rare. M. Leudet a pu en réunir 134 cas, mais un grand nombre de ces cas sont discutables, n'ayant pas été vérifiés par l'autopsie. Le rétrécissement peut être associé à une autre lésion cardiaque ce qui est la règle, et, neuf fois sur dix, il s'agit alors d'une lésion du cœur gauche portant très généralement sur la valvule mitrale. M. Leudet n'a pu trouver que 11 cas de rétrécissement isolé. Il se produit par endocardite valvulaire et adhérences des bords surtout aux commissures; dans un cinquième des cas à peine, il y a rétrécissement de l'anneau et encore ce n'est pas ce rétrécissement qui est important, mais la soudure des valvules. Dans certains cas, il y a des végétations.

Les conséquences du rétrécissement sont d'abord la dilatation de l'oreillette droite; le ventricule droit peut être normal ou présenter des changements de volume qui dépendent des complications. Quelquefois il y a dilatation de l'infundibulum.

De même que le rétrécissement mitral, le rétrécissement tricuspidien est beaucoup plus fréquent chez la femme. Comme maladie antérieure à lui, on a relevé le rhumatisme, la chorée, la fièvre typhoïde. Souvent on ne trouve aucune cause appréciable.

Le rétrécissement tricuspidien a un petit nombre de signes cliniques. On a dit qu'il pouvait donner naissance à un frémissement diastolique, mais les observations sur lesquelles on s'appuie n'ont pas été suivies d'autopsies. Assez fréquemment on a pu constater un souffle qui cependant peut manquer. Ce souffle manque beaucoup plus souvent à la présystole que du côté gauche; car, dans le ventricule gauche, il se fait pendant la diastole un abaissement de pression considérable qui est beaucoup moindre du

côté droit; l'aspiration est donc beaucoup moins énergique. Enfin la pression négative varie beaucoup, d'où une grande variabilité du souffle.

Chez notre malade, on entend distinctement, vers l'extrémité interne du bord droit, un bruit diastolique soufflant à tonalité basse, un peu grave. Je vous ai déjà dit que je ne croyais pas au rétrécissement mitral, vu le siège, l'absence de renforcement présystolique, et qu'il s'agissait d'un rétrécissement tricuspidien.

A quoi peut-on attribuer cette lésion? Elle est peut-être congénitale. Or, notre malade, dans son enfance, a eu de la cyanose et des palpitations. La cyanose, ou maladie bleue, a des allures cliniques très discutables. Elle peut apparaître d'abord peu après la naissance pour disparaître plus tard; elle peut ne se montrer que tardivement, ne se manifester que lorsque l'enfant, devenu grand, commence à faire des efforts considérables; elle peut, enfin, ne devenir apparente qu'à l'âge adulte. Dans tous les cas, il s'agit de lésions des cavités droites qui se sont produites pendant la vie intra-utérine. C'est ainsi que l'on a trouvé le rétrécissement tricuspidien coïncidant avec un rétrécissement pulmonaire manifestement congénital.

Chez notre malade, une communication inter-ventriculaire est possible, mais il n'y a pas de signes diagnostiques. Nous ne trouvons pas le souffle si net de la communication inter-ventriculaire, non plus que celui qui indique le rétrécissement de l'orifice pulmonaire. Il est donc plus vraisemblable d'admettre un rétrécissement de l'artère elle-même, rétrécissement qui, comme vous le savez, ne s'accompagne pas de souffle.

J'admets cette lésion parce que, dans notre cas, le cœur est très augmenté de volume, très allongé transversalement; une lésion tricuspidienne seule agirait beaucoup moins sur le ventricule droit. Il faut donc un obstacle placé devant ce ventricule. Or, comme le cœur gauche est intact, il est vraisemblable que cet obstacle siège dans l'artère pulmonaire.

Le pronostic, chez la malade, est très grave, et ce n'est que par des soins incessants qu'il sera possible de prolonger son existence.

REVUE DE CHIRURGIE

SOMMAIRE : Catgut ou fil de soie. — La gouttière de sable dans le traitement des fractures. — La fièvre dans les fractures simples.

I

Nos lecteurs ont pu trouver, dans un des derniers comptes rendus de la Société de chirurgie, le résumé d'une discussion sur la valeur relative des fils de soie et des fils de catgut. Le docteur P. Klemm (de Dorpat) vient de réunir des observations qui tendraient à établir que le catgut, même *stérile*, peut causer la suppuration. En effet, ce catgut entier ou effiloché, ensemencé dans des tubes de culture, ne causait le développement d'aucune colonie microbienne, et cependant les plaies les plus antiseptiques suppuraient du septième au neuvième jour; lorsqu'on l'employait pour les ligatures ou les sutures; l'apparition du pus se faisait au niveau de ces dernières. Le docteur Klemm suppose que des microbes qui, ainsi qu'il l'a démontré en 1885, persistent malgré l'action des antiseptiques, trouvent dans le catgut un milieu favorable, se multiplient et causent la suppuration. Expérimentalement, il fit, sur la cuisse d'un chat, deux incisions profondes antiseptiques : dans l'une, il plaça un morceau de fil de soie; dans l'autre, un fragment de catgut. Cette dernière suppura seule, et l'ensemencement du catgut retiré de la plaie donna lieu à la production d'un nombre considérable de colonies d'un mi-

crocoque spécial. Quelques colonies seulement se développèrent après l'ensemencement de la soie.

Plusieurs expériences ayant donné les mêmes résultats, l'auteur conseille de proscrire le catgut de la pratique chirurgicale. (*Arch. f. Klin. chir.*, 1891, t. TLI.)

II

M. le docteur Lancry (de Dunkerque) a décrit, dans le *Journal des sciences médicales de Lille*, l'emploi de la gouttière de sable dans le traitement des fractures.

L'idée première de la gouttière de sable, dit M. Lancry, n'est pas nôtre. Mon maître, le docteur Lucas-Championnière, l'employait dans son service de chirurgie, à l'hôpital Tenon, dans des cas exceptionnels. Amené à m'en servir dans ma clientèle d'abord à titre d'expédient, la gouttière de sable m'a donné de si bons résultats, elle s'improvise si facilement, elle coûte si peu, elle donne au malade tant de soulagement et au médecin tant de quiétude, qu'aujourd'hui je suis arrivé à m'en servir chez tous mes clients, même chez ceux qui pourraient s'accorder le luxe d'appareils plus dispendieux ou plus compliqués.

La gouttière de sable est très facile à confectionner. Il suffit de se procurer deux sacs de forte toile, gros tous deux comme une bouteille de un litre, longs, le premier, de 1 mètre 30, le second de 80 centimètres, et remplis tous deux aux quatre cinquièmes seulement de sable ordinaire bien sec. La gouttière est alors constituée de la manière suivante : Le membre inférieur malade repose sur un lit résistant, son côté externe est bordé depuis le talon jusqu'au-dessus du bassin par le long sac; son côté interne est bordé par le petit sac depuis le talon jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. La gouttière est très bien appliquée si l'on a soin, par de petits coups de la paume des mains, donnés simultanément sur les deux sacs et dirigés vers l'axe du membre, de faire mouler exactement le sac avec les reliefs et les dépression du membre inférieur. Pour que cette opération puisse se faire avec succès, il est nécessaire, il faut insister sur ce point, que les sacs soient remplis aux quatre cinquième seulement. Une fois appliqués, les sacs de sable, à cause de leur grande pesanteur, ne se déplacent pas comme pourraient le faire des sacs de son, par exemple.

Si l'on croit devoir soutenir la plante du pied, il suffit de couder à angle droit l'extrémité inférieur d'un des sacs et de replier cette extrémité sur le talon. Les deux sacs forment un U, dont les branches sont de longueur inégale.

Cette gouttière de sable, dont les principaux avantages sont d'être d'une extrême simplicité, d'être amovo-inamovible, de pouvoir se mouler très exactement sur le membre sans le comprimer, et cela, même si les articulations de la hanche ou du genou présentent un certain degré de fluxion, rend de très grands services.

Voici les conclusions du docteur Lancry :

1° A elle seule, et sans le secours d'aucun autre appareil, la gouttière de sable a donné d'excellents résultats dans le traitement des fractures du col du fémur, dans le traitement de certaines fractures de la rotule et dans celui de plusieurs fractures de la diaphyse du fémur chez des vieillards ou chez des malades ayant des tares viscérales.

2° Combinée avec l'extension continue, elle constitue un excellent traitement des coxalgies douloureuses justiciables du décubitus dorsal. Elle suffit pour presque toutes les fractures de cuisse, mais avec cette particularité que l'extension continue se fait sur un petit appareil en bois qui emboîte le pied et le maintient vertical pour corriger la rotation en dedans ou en dehors du segment inférieur de la fracture (appareil en guérite décrit il y a une dizaine d'années par Duplay et de Larabrie, de Nantes). Ainsi traitées, les fractures de cuisse guérissent très bien, mais généralement avec un cal volumineux.

3° Combinée avec l'appareil plâtré, la gouttière de sable assure l'immobilisation parfaite des fragments, et la mobilisation partielle de l'articulation tibio-tarsienne dans les fractures de jambe. Elle supplée à l'insuffisance des appareils plâtrés mal réussis, ce qui arrive quelquefois en clientèle quand on n'a pas d'aide exercé sous la main.

Nous pouvons ajouter que nous avons vu l'appareil du docteur Lancry appliqué à

une jeune fille de Fort-Mardick qui s'était fracturé la cuisse en tombant sur la glace et que la réduction était parfaite et le membre maintenu en excellente position.

III

MM. M. Gangolphe et J.-N. Josserand ont récemment publié un intéressant mémoire sur la *fièvre dans les fractures simples* (*Revue de chirurgie*, 1891). Les principaux travaux relatifs à ce sujet sont ceux de Famechon, Volkmann, Wahl, Grundler, etc. Hertzberg, sur 87 cas, a trouvé 57 fois de la fièvre, et Horseley, de 168 observations, conclut que la fièvre existe dans 92 p. 100 des cas.

La fièvre est donc très fréquente dans les fractures simples; elle s'observe plus souvent sur les hommes et les individus robustes que sur les femmes et les personnes débilitées. L'enfance n'y serait pas sujette, ce qui tiendrait, d'après Bowlby, à ce que, dans le jeune âge, les fractures sont le plus souvent transversales, alors que la fièvre survient plus fréquemment dans les fractures obliques ou esquilleuses. L'élévation de la température apparaît d'habitude presque de suite après l'accident. Elle se traduit sur les tracés par des oscillations qui, le soir, se rapprochent plus ou moins de 39°, ou même dépassent cette température, et, le matin, ne s'éloignent que fort peu de la température normale.

Horseley a décrit trois types de fièvre. Dans le premier, la température monte rapidement à 38°3 (temp. axill.), s'y maintient pendant environ une semaine, puis tombe progressivement.

Dans le second, la marche est la même, mais le thermomètre s'élève moins haut et ne dépasse guère 37°8.

Dans le troisième, enfin, on observe une première élévation à 38°3 qui se maintient quelques jours, puis une chute de la température qui redevient normale.

Vers le sixième jour, nouvelle ascension rapide jusqu'à 38°, puis apyrexie complète.

Le plus souvent, la température du soir oscille entre 38 et 39°, mais elle peut dépasser ce dernier chiffre sans nouveaux symptômes.

La durée de la fièvre est excessivement variable; elle peut ne pas excéder un ou deux jours, tandis que, d'autres fois, on la voit atteindre dix et même quinze jours.

Un des traits les plus singuliers que présente la fièvre dont il s'agit consiste dans l'opposition remarquable qui existe entre l'évolution de la température et l'état général du malade. Voici ce que dit Demisch à ce sujet : « Tandis qu'à la fièvre septique appartiennent tous les signes généraux de l'infection, ainsi, par exemple, la sensation de malaise, la stupeur des sens qui peut aller jusqu'à la somnolence, les troubles des fonctions digestives, la prostration des forces, la fièvre aseptique se distingue par l'absence complète de tous ces signes. Volkmann a vu des malades, avec une température de 40°, se promener, fumer, jouer, en un mot se comporter comme des gens bien portants. L'appétit et la soif étaient plutôt exagérés, pour le moins normaux; le sommeil comme d'habitude. Si les recherches thermométriques n'avaient pas révélé la fièvre, les patients eussent été considérés comme absolument apyrétiques. »

Comment expliquer la fièvre dans les fractures simples? On ne peut penser à une infection d'ordre interne par l'intermédiaire du tube digestif. Dans ce cas, en effet, il y a souvent au siège de la fracture des phénomènes inflammatoires violents qui peuvent entraîner la mort. Il n'est pas plus juste de rapporter le phénomène à une simple exagération des actes physiologiques qui se passent au niveau de la fracture, car, quoiqu'en ait dit Demisch, la durée de la consolidation n'est pas moindre dans les cas fébriles.

Bowlby a fait de la fièvre un phénomène réactionnel dépendant de l'action du système nerveux. Mais il n'est pas prouvé que l'excitation directe des nerfs périphériques puisse amener l'élévation de la température, et les expériences de Cl. Bernard sur ce point ont été infirmées par celles de Brener et Chroback.

La grande majorité des auteurs allemands rattachent la fièvre aseptique à la résorption de substances qui proviennent du foyer même de la fracture, qu'il s'agisse de sang épanché (Angerer, Wahl, Bruns) ou de tissus altérés par le traumatisme (Volkmann).

MM. Gangolphe et Josserand pensent que, le plus souvent, la fièvre est en rapport avec

la quantité des éléments anatomiques mortifiés, qu'il s'agisse des globules du sang ou des cellules qui entrent dans la composition des tissus. Néanmoins, ils joignent à cette hypothèse une autre qui la complète, c'est la production de substances capables d'élever la température. Cette opinion, émise par M. Gangolphe à propos d'une observation de gangrène aseptique d'un membre s'accompagnant de fièvre élevée et d'un cas semblable signalé par M. Morisset, semble pouvoir s'appliquer à l'explication de la fièvre dans les fractures simples.

Des expériences, actuellement en cours d'exécution et qui seront publiées plus tard, prouveraient d'une façon complète l'exactitude de ce fait.

BIBLIOTHÈQUE

Précis d'embryologie adapté aux sciences médicales, par P. Gilis. — Paris, Masson, 1891.

Ce livre est la reproduction de leçons faites dans une Faculté de médecine. Il a fallu le composer suivant des exigences spéciales et viser un but principal, et même à peu près unique, la connaissance du corps humain.

Décrire clairement les faits; choisir, parmi les nombreuses théories, la plus vraisemblable; éviter les incursions trop fréquentes dans l'embryologie comparée et ne prendre à celle-ci que les notions indispensables; telles sont les conditions que l'auteur avait à remplir et qu'il a parfaitement remplies.

En raison de la spécialité de ses études, le médecin ne peut aborder l'embryologie à la façon du zoologiste; néanmoins, il est nécessaire de s'initier à cette science. L'embryologie, en effet, jette sur l'anatomie descriptive une lumière féconde; elle agrandit les horizons et donne souvent la raison des dispositions organiques; elle explique les malformations dont elle précise les lois; enfin, elle apporte à l'histoire ancestrale de l'homme des documents précieux. — P. N.

Deux épidémies de fièvre typhoïde, par MM. P. Brouardel et L. Thoinot. Paris, J.-B. Baillière, 1891.

Il s'agit des épidémies de Trouville et de Villerville. Pour ce qui est de Trouville, les auteurs conseillent de supprimer, à Trouville, les nombreuses défectuosités hygiéniques que l'on y rencontre : il faut modifier le régime d'évacuation des matières fécales; imposer l'étanchement des fosses, etc.

La municipalité doit, en outre, augmenter la quantité de l'eau potable allouée à chaque habitant et refaire sa canalisation.

Nous aurons, du reste, à revenir sur ce rapport lu au Conseil d'hygiène et dont les conclusions intéressent au plus haut point les nombreuses familles qui se rendent, l'été, sur les côtes de Normandie. — P. N.

REVUE DES JOURNAUX

De la dysphonie nerveuse chronique, par M. E. Brissaud (*Revue de laryngologie*, 1891). — L'auteur a eu l'occasion de constater chez un assez grand nombre de sujets, affectés de névropathies diverses, mais en particulier de la maladie des tics, un trouble de la phonation caractérisé par de la dysphonie, indépendante d'une lésion quelconque de la glotte vocale. Elle a pour origine une insuffisance en quelque sorte constitutionnelle et innée des muscles aryténoïdiens et thyro-aryténoïdiens. Ces troubles vocaux sont différents selon les sujets. Chez l'un, c'est l'enrouement qui domine; chez l'autre, c'est le voile; chez un autre, la voix est eunuchoïde; tel autre, enfin, aura une voix de fausset enroué. Le trouble phonateur est permanent, en tant qu'il s'agit de la voix parlée. Ces caractères, en effet, disparaissent ou s'atténuent dans l'acte du chant. Dans les observations rapportées, il n'y a pas un seul exemple d'hystérie franche, et ces

troubles vocaux, non seulement au point de vue étiologique, mais encore au point de vue nosographique, doivent être nettement séparés de l'atonie hystérique. L'auteur serait porté à penser que la dysphonie nerveuse résulte d'un spasme, attendu que les examens laryngoscopiques n'ont révélé chez les malades qu'une fermeture incomplète de l'orifice glottique par insuffisance fonctionnelle des adducteurs. Les malades ne présentent aucune affection laryngée; n'est-il pas légitime, dans ces conditions, de considérer leur trouble de phonation comme lié à un vice de l'innervation des muscles intrinsèques du larynx? La qualité seule de la voix est altérée; tout se résume dans un phénomène exclusivement laryngien. On peut enfin rapprocher la dysphonie nerveuse de certaines névroses du mouvement, et voir une certaine analogie entre elle et le bégaiement. — P. N.

De l'otorrhagie dans la cirrhose hypertrophique, par le docteur Leudet (*Revue de laryngologie*, 1891). — L'otorrhagie doit être considérée comme une des plus rares hémorrhagies chez ceux qui sont atteints des maladies du foie. L'auteur, malgré ses recherches, n'a trouvé aucune mention de ce symptôme, et il se décide à donner seule l'observation d'un malade qu'il a eu à soigner, et qui, porteur d'une cirrhose hypertrophique, a présenté une série d'otorrhagies. Ces hémorrhagies successives et assez abondantes venaient de l'oreille gauche. Des varicosités très prononcées couvraient la face du malade, et à plusieurs reprises, avant son entrée à l'hôpital, des veinules s'étaient rompues au niveau des lèvres et au-dessus du sourcil gauche donnant issue à une certaine quantité de sang. L'auteur attribue les otorragies observées à la rupture des veines du tympan. L'autopsie ne fut pas pratiquée, pas plus d'ailleurs que l'examen microscopique ce qui rend hypothétique le diagnostic anatomique de la lésion. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 juillet. — Présidence de M. Labbé.

Sommaire : *Tuberculine dans le liquide pleurétique. — Ictère hématique par hémoglobinémie. — Diabète insipide chez un hystérique.*

M. Debove : Le liquide de la péritonite tuberculeuse contient de la tuberculine, ainsi que MM. Debove et Rémond l'ont démontré dans un travail publié au mois d'avril dernier. Le liquide ascitique d'un individu atteint de péritonite tuberculeuse avait été, à cette époque, utilisé par ces auteurs pour traiter un lupus. Mais ce liquide manqua bientôt.

MM. Debove et Jules Renault viennent d'employer, dans le même but, le liquide de pleurésies tuberculeuses.

Le 7 mai dernier, injection de 10 centimètres cubes de lymphe pleurétique stérilisée par le filtre Pasteur. La température du malade s'élève de 1 degré, le lupus rougit, se tuméfie et fournit une exsudation se concrétant en croûtes jaunâtres. Il y avait donc réaction, à la fois générale et locale.

Le 10 mai, injection de 20 c. c. La température monte à 40°; une poussée congestive se produit au sommet des deux poumons, et l'exsudation est abondante au niveau du lupus.

L'ébullition est le mode de stérilisation le plus sûr; mais ne détruit-elle pas la tuberculine? Pour le savoir, MM. Debove et Renault ont comparé les résultats fournis d'un côté par la lymphe stérilisée au moyen de l'ébullition, et de l'autre par la lymphe stérilisée au moyen du chauffage discontinu. Dans ce dernier cas, les réactions sont beaucoup plus intenses. L'ébullition détruit donc en partie la tuberculine.

La présence de cette substance dans les épanchements tuberculeux des cavités séreuses est, par toutes ces expérieuses, parfaitement démontrée, puisque ces liquides produisent les mêmes effets que la lymphe de Koch, tandis que d'autres sérosités,

l'ascite cardiaque, par exemple, ne produisent aucun phénomène analogue. En outre, les réactions se montrent seulement chez les tuberculeux. Un sujet bien portant a reçu jusqu'à 40 c. c. de liquide pleurétique tuberculeux sans en éprouver le moindre inconvénient. Le liquide avait été stérilisé à la fois par l'ébullition et par le filtre Pasteur.

Quant à l'action thérapeutique de ces injections, M. Debove pense qu'elle a été nulle. Le lupus ainsi traité s'affaissait et semblait devoir guérir après les injections; mais, depuis six semaines que le traitement a été interrompu, le lupus a repris son aspect primitif.

— M. Hayem a observé un individu de 40 ans qui, après un surmenage prolongé, entre à l'hôpital pour un abattement général avec fièvre et teinte ictérique. Cette teinte ictérique rappelle celle du sérum sanguin; le malade a l'aspect d'un typhique; la soif est vive, la diarrhée abondante, la rate un peu hypertrophiée, le pouls fréquent, très irrégulier; il y a une hypertrophie cardiaque notable; urines rouges, très abondantes, contenant beaucoup d'urobiline et d'albumine.

M. Hayem porte le diagnostic d'auto-intoxication par surmenage ayant surtout retenti sur le cœur.

Quelques jours après son entrée à l'hôpital, le malade était mieux. La fièvre tombe, la diarrhée cesse, le pouls se régularise. La teinte ictérique disparaît lentement en même temps que les urines se décolorent. La polyurie persiste quelque temps avec une albuminurie intermittente. Cette polyurie s'est même élevée à quatre litres au moment de la défervescence qui a été, d'ailleurs, incomplète.

L'urine, très riche en urobiline, quoiqu'il n'y eût pas d'altération du foie, ne contenait pas de pigment biliaire. La quantité d'urée était très forte (51 grammes).

M. Hayem a fait aussi l'étude du sang, qui indiquait une anémie au troisième degré : 2,727,000 globules rouges, dont le pouvoir colorant équivalait seulement à celui de 1,772,000 globules sains. Leur richesse en hémoglobine n'était donc que de 0,65. Globules blancs : 4,420. Le sérum avait une couleur rouge cerise; il contenait de l'oxyhémoglobine, de l'urobiline, mais pas de pigments biliaires.

Le sang ensemencé ne donna lieu à aucune culture.

C'est donc là un fait qui se rapproche beaucoup de la fièvre de surmenage à forme typhoïde telle qu'on la trouve décrite dans la thèse de M. Randon.

Il est à noter que l'ictère, dans ce cas, ne tenait pas aux pigments biliaires, puisqu'on n'en trouva ni dans les urines ni dans le sérum. C'était un ictère hématique, tel que l'a décrit Poncet dans sa thèse. Cet ictère hématique se produit dans les cas de destruction d'un grand nombre de globules rouges. Il n'a pas la teinte jaune ou verte de l'ictère biliphéique, mais la couleur du sérum sanguin.

La destruction des globules, chez le malade de M. Hayem, avait été produite par l'auto-intoxication, et l'hémoglobine provenant de cette destruction s'était dissoute dans le sérum. C'est à cette hémoglobine que l'ictère était dû.

Malgré une hémoglobinémie assez longue, ce malade n'a jamais eu d'hémoglobinurie; l'hémoglobine semblait se transformer dans le rein en urobiline. Il n'en est pas de même dans l'hémoglobinurie paroxystique où l'hémoglobine s'élimine en nature.

— M. Mathieu : Un homme de 37 ans fut pris, après des excès alcooliques, de polyurie persistante pour laquelle il entra dans le service de M. Féréol il y a deux ans. A ce moment, il rendait treize litres d'urine par jour. Au bout de quelques mois, ces accidents s'amendèrent; mais, depuis un certain temps, ils ont reparu et le malade rend actuellement de cinq à sept litres d'urine par jour. Pas d'azoturie (25 à 30 gr. d'urée), pas de phosphaturie (de 2 gr. à 2 gr. 50 de phosphates).

Ce malade présente des stigmates d'hysthérie : hémi-analgésie, rétrécissement du champ visuel, absence du réflexe pharyngien, etc. La polyurie est donc probablement, chez lui, de nature hystérique.

M. Ballet : La polyurie nerveuse paraît dépendre de deux sortes d'états névropathiques. Dans certains cas, elle est une manifestation physique de la dégénérescence héréditaire, de même que l'onomatomanie en est un stigmate mental. Dans d'autres cas, elle relève de l'hystérie.

La polyurie hystérique ne s'accompagne ordinairement ni d'azoturie ni de phosphaturie. Mais l'azoturie et la phosphaturie peuvent cependant exister dans des cas de polyurie hystérique, alors même que les malades ne sont pas polyphagiques.

M. Rendu : L'azoturie paraît cependant dépendre de l'alimentation. Si, dans les maladies du foie, il y a abaissement du chiffre de l'urée, c'est que les malades ne mangent pas; il ne faut donc point en chercher la raison dans un défaut de fonctionnement du foie. M. Rendu a vu un malade, atteint d'un cancer du foie, qui avait cependant conservé son appétit. Aussi rendait-il 20 grammes d'urée par jour.

M. Hayem : La quantité des substances dissoutes dans l'urine est certainement en rapport avec l'alimentation. La quantité des urines émises est même sous la dépendance des boissons ingérées. Dans la polyurie nerveuse, ce n'est pas la polyurie qui est primitive, mais la polydipsie.

Ce que vient de dire M. Rendu pour le foie est également vrai pour le cancer de l'estomac. Ici, la diminution de l'urée est un signe non de l'affection gastrique, mais du défaut d'alimentation qui en résulte.

FORMULAIRE

Poudre contre la constipation des nouveau-nés. — Wyeth.

Magnésie calcinée................	āā 5 grammes.
Rhubarbe pulv....................	
Oléo-saccharure d'anis...........	

Une pincée trois fois par jour, pour faire cesser la constipation des nouveau-nés de 1 à 2 ans. Pour les enfants âgés de quelques semaines seulement, on réduit à deux ou trois grammes la dose de rhubarbe et de magnésie. — N. G.

COURRIER

Hospices civils de Marseille. — Le lundi 19 octobre 1891, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour une place d'élève interne.

Ce concours aura lieu devant la commission administrative assistée d'un jury médical.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration des hospices à l'Hôtel-Dieu et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence.

Les candidats auront de plus à justifier du nombre de douze inscriptions et d'un an de service actif dans un hôpital comme externes ou comme stagiaires.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, ru Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Des difficultés du diagnostic en médecine infantile

Par le docteur Descroizilles, médecin de l'hôpital des Enfants.

Dans un intéressant article, récemment publié par la *Revue de clinique et de thérapeutique*, M. le docteur Eloy insistait sur les difficultés qui se présentent souvent dans le diagnostic de la fièvre typhoïde. Ces difficultés sont encore plus nombreuses, quand il est question de la médecine des enfants, que dans celle des adultes, non seulement si l'on se trouve en face d'une dothiénentérie, mais aussi en présence d'un grand nombre d'autres états. L'enfant est presque toujours, on ne doit pas l'oublier, incapable de donner au médecin des renseignements précis sur ce qu'il éprouve et sur ce qu'il a éprouvé, quand il a cessé d'être bien portant. Son entourage n'en sait pas beaucoup plus long que lui, quand il s'agit surtout des malades de l'hôpital. Nous sommes donc fréquemment dans l'impossibilité de déduire un diagnostic exact d'un premier examen. Je me trouve, dans le moment actuel, en face de trois jeunes malades qui viennent à l'appui de cette assertion, et dont je vais parler brièvement.

FEUILLETON

Résultats du premier Congrès pour l'étude de la tuberculose

Par le docteur L.-H. Petit, secrétaire général.

Messieurs, en terminant le Congrès de 1888, votre assemblée a formulé plusieurs vœux qu'elle a chargé son comité permanent de transmettre aux pouvoirs publics et d'en poursuivre la réalisation. Notre éminent président, M. le professeur Chauveau, a adressé aussitôt à M. le président du Conseil, ministre de l'intérieur, une lettre renfermant les propositions adoptées par le Congrès.

Depuis, il a renouvelé ses démarches auprès des diverses commissions administratives chargées de l'hygiène publique, de la prophylaxie des maladies contagieuses, surtout en ce qui concerne la saisie des animaux tuberculeux, mais nous avons le regret de vous dire que ces démarches n'ont pas encore été couronnées de succès.

La première proposition votée par le Congrès était réalisée pendant notre session, pour notre pays. Vous vous rappelez qu'elle était ainsi conçue :

« Il y a lieu d'inscrire la tuberculose, dans les lois sanitaires de tous les pays du monde, parmi les maladies contagieuses nécessitant des mesures prophylactiques spéciales, tombant sous le coup des lois et règlements sur la police sanitaire des animaux. »

I

Le 25 mai, je voyais pour la première fois, au n° 6 de la salle Dechaumont, une fille de 8 à 9 ans, pâle et un peu maigre, mais sans fièvre. Elle ne toussait pas et, à l'examen du thorax, on ne trouvait rien d'anormal. Il en était de même les jours suivants, relativement à la percussion et à l'auscultation de la poitrine, mais on constatait, à partir du 30, une légère élévation thermométrique. On s'apercevait, à la même époque, que les régions palmaire et plantaire étaient le siège d'une légère desquamation, comme si la malade avait passé récemment par une éruption de scarlatine. A cet égard, nous étions dans une ignorance absolue et nous n'avons rien pu savoir, par la suite, sur la réalité d'une fièvre éruptive antérieure. La fièvre a cessé au bout de trois jours; l'état squameux a persisté plus longtemps, sans se généraliser et sans devenir plus marqué. Puis, il a disparu, après quelques onctions avec de la vaseline; enfin, la petite fille a quitté le service, bien portante, mais après y être restée près d'un mois et après avoir gardé le lit pendant plus de quinze jours, bien qu'il n'y eut chez elle que des signes de chloro-anémie peu prononcée.

On trouvera peut-être que nous l'avons trop longtemps maintenue dans le décubitus dorsal et privée de l'air extérieur; mais nous nous trouvions peut-être ici en face des reliquats d'un exanthème scarlatineux, et, en pareille circonstance, il faut agir, à mon sens, en face de simples probabilités, comme on agirait si l'on se trouvait en présence d'une certitude, et penser à l'albuminurie qui succède trop souvent à la scarlatine, même quand on ne laisse commettre aucune espèce d'imprudence, et qui peut se manifester non seulement huit, dix ou quinze jours, mais même trois, quatre ou six semaines après le début de l'éruption. J'ai donc fait examiner l'urine à diverses reprises et, quoique cet examen soit toujours resté négatif, je n'aurais pas laissé la malade commencer à se lever quinze jours après son admission, si nous avions été en hiver. Mais le commencement de l'été approchait et, dans les saisons chaudes, le séjour prolongé au lit expose

---

De l'avis des personnes compétentes, notre Congrès de 1888 a hâté la solution de cette question, pendante depuis assez longtemps.

Si je suis bien informé, la Belgique est sur le point de suivre l'exemple de la France.

Les propositions 2 et 3, relatives à la saisie des animaux tuberculeux, à l'indemnisation des intéressés et à la surveillance spéciale des vacheries consacrées à la production industrielle du lait destiné à être consommé en nature, n'ont reçu qu'un accueil platonique.

Peut-être ne serait-il pas inutile d'attirer de nouveau sur elles l'attention des pouvoirs publics.

La quatrième proposition a occupé longtemps le monde médical. Il s'agit des instructions au public pour qu'il sache se préserver de la tuberculose. Ces instructions ont été rédigées par votre commission permanente. Au moment de les imprimer et de les lancer *urbi* et *orbi*, plusieurs membres de la commission ont eu l'idée de les soumettre à l'Académie de médecine, dans le but, assurément louable, de leur donner plus de crédit auprès des habitants des villes et des campagnes auxquels elles étaient destinées. Cette approbation ne faisait de doute pour aucun de nous; néanmoins, elle ne vint pas toute seule et, à notre grande surprise, nos instructions, présentées à l'Académie par notre honorable président actuel, M. Villemin, furent renvoyées à une commission qui en adoucit les termes jugés un peu trop absolus, puis nécessitèrent une nouvelle rédaction qui souleva à son tour une discussion qui dura plusieurs mois, et enfin furent réduites à trois ou quatre conclusions que l'Académie voulut bien voter.

les très jeunes malades, surtout quand elles sont lymphatiques comme celle-ci, à contracter une vulvite ou une leucorrhée, et souvent l'une et l'autre. C'est une éventualité dont il faut savoir les préserver, en n'exagérant pas les précautions qu'impose la crainte de la néphrite albumineuse.

II

A côté de cette malade, au n° 7 de la même salle, nous soignions, à la même époque, une enfant de 7 ans entrée dans les premiers jours du mois de juin. Ici, encore, les renseignements sur les antécédents restaient fort obscurs et nous ne constations qu'un appareil fébrile très modéré, sans diarrhée et sans inappétence complète, et qui durait depuis la veille ou l'avant-veille de l'admission à l'hôpital, et cessa de lui-même trois ou quatre jours plus tard. Je considérais cet état, caractérisé par la bénignité de ses symptômes, par l'absence de taches lenticulaires, de prostration, de céphalée prononcée, d'hyperémie bronchique, comme un exemple de ce qu'on appelait autrefois et de ce qu'on peut appeler encore une fièvre éphémère, bien que le terme soit tombé en désuétude, et qu'on lui substitue assez volontiers aujourd'hui l'expression de fièvre abortive dans le langage de la médecine infantile. Nous avons appris un peu plus tard que, dans les derniers jours de mai, l'enfant avait été atteinte d'une éruption d'un rouge intense qui recouvrait presque tous le corps et était restée visible pendant dix-huit heures. D'après sa description, cette poussée éruptive faisait songer à la scarlatine, et j'ai jugé prudent de me comporter comme si j'étais certain de la réalité d'un exanthème scarlatineux. Cet exanthème eût expliqué, à la rigueur, ce mouvement fébrile de courte durée, dans lequel nous aurions cru voir une maladie indépendante et qui n'eût été qu'une conséquence de la fièvre éruptive.

Si nous supposions qu'il s'agissait d'une scarlatine, il devenait nécessaire de prévoir la néphrite, et, par conséquent, de maintenir la malade au lit, de faire plusieurs fois de suite l'examen de l'urine, et d'être très circonspects sur le chapitre de l'alimentation, tant que nous ne serions pas

---

Devons-nous regretter ce dénoûment? Votre commission ne l'a pas pensé; car, en somme, c'était une approbation. Sauf quelques points de détail, les conclusions adoptées par l'Académie de médecine différaient peu, au fond, de nos instructions; on retrouvait celles-ci sous une forme plus concise. D'autre part, ce que nous voulions surtout, avant de les présenter à l'Académie, c'était de les répandre à profusion, appeler sur elles l'attention du public; or, ce but a été atteint, car tous les journaux les ont reproduites. Si le prestige de la commission en a été un peu diminué, nos instructions elles-mêmes n'en ont pas souffert. Aussi bien, toute cette agitation n'a pu que servir la cause de l'œuvre à laquelle nous consacrons nos efforts.

Une des principales objections soulevées à l'Académie contre nos instructions fut qu'on avait trop exagéré l'influence nocive de la viande des animaux tuberculeux et la part qui revient à cette viande dans la propagation de la tuberculose. Cependant, la question, posée de nouveau au Congrès international de médecine vétérinaire de 1889, fut résolue dans le même sens que l'année précédente, et les dangers de l'usage de la viande et du lait provenant des animaux tuberculeux proclamés bien haut. Diverses propositions furent émises dans ce sens et adoptées par les membres du Congrès, confirmant ainsi les résultats de notre précédente session. Du reste, celle-ci semble bien avoir préparé le terrain, car M. le professeur Chauveau dit à la fin de ce Congrès de 1889 : « Si nous sommes arrivés à une entente parfaite, c'est grâce à l'agitation scientifique qui a été faite par le Congrès de la tuberculose, dans lequel médecins et vétérinaires se sont réunis pour étudier cette question. »

complètement tranquillisés sur l'apparition possible de l'albuminurie. Nous avons suivi rigoureusement cette ligne de conduite, et, bien qu'aucune desquamation bien nette ne soit survenue, nous n'avons laissé la petite fille se lever qu'au bout de deux semaines et quitter l'hôpital qu'un mois après son entrée. Peut-être avait-elle eu, non la scarlatine, mais un simple eczéma, ou une roséole circonscrite, peut-être même les détails qu'on nous a donnés tardivement sur cette éruption rutilante, étaient-ils absolument faux. De toute façon, je ne me repens pas d'avoir pris de grandes précautions, et, en pareille occasion, je ne procéderai pas autrement.

III

Le n° 32 de la salle Dechaumont est actuellement occupé par une fille de 12 ans 1/2, qu'on nous a amenée au commencement du mois de juin et qui n'est entrée dans le service qu'avec répugnance. Cette jeune malade est maigre, sa figure est pâle, bien qu'assez vivement colorée au niveau des os malaires. Elle raconte qu'elle a mené une vie pénible, qu'elle a été habituellement mal nourrie; de plus, elle tousse depuis longtemps, mais il est impossible de savoir exactement si la toux a débuté il y a plusieurs années, ou seulement il y a quelques mois; ses antécédents de famille sont obscurs; elle crache et les matières expectorées sont abondantes, épaisses, d'un blanc sale et déchiquetées sur leurs bords. En outre, l'enfant transpire la nuit, bien que l'élévation thermométrique reste à peu près normale; enfin la poitrine est émaciée, aplatie, les espaces intercostaux sont nettement dessinés sous la peau; la percussion indique une légère obscurité du son un peu partout, et pas de matité circonscrite; l'auscultation révèle un mélange de respiration rude et de gros râles humides, mais ces bruits sont diffus, et on ne découvre, du côté des sommets, aucun foyer d'hépatisation, aucun signe cavitaire.

L'interprétation de ce fait est embarrassante; quand on constate une expectoration abondante chez un jeune sujet, on doit songer à la coqueluche, et il paraît démontré ici qu'il n'y en a pas et qu'il n'y en a jamais eu. En

---

Notre premier Congrès a eu une portée plus grande. En insistant, comme vous l'avez fait, sur la contagiosité de la tuberculose, il semble que vous ayez attiré même l'attention du gouvernement allemand. En effet, en mai 1889, M. le ministre de la guerre d'Allemagne, s'appuyant sur la nouvelle démonstration de cette contagiosité, émanant de notre Congrès, a décrété que les soldats devraient être examinés tous les mois et qu'on renverrait tous ceux dont la poitrine serait insuffisamment développée ou dont les poumons seraient simplement soupçonnés d'être entachés de tuberculose.

En France, la question était également à l'étude, et quelques semaines après la discussion académique qui approuvait les conclusions de notre commission, sur l'ordre de M. le ministre de la guerre, M. le directeur du service de santé adressa aux chefs des corps de troupes des instructions pour arrêter la propagation de la tuberculose, en prescrivant la mise à la réforme ou à l'ajournement des soldats en puissance ou en imminence de tuberculose.

Ajoutons enfin que le docteur Cornet, chargé de présenter au Congrès de Berlin, en 1890, un rapport sur la prophylaxie de la tuberculose, émit des conclusions absolument conformes à celles de votre commission.

En résumé, Messieurs, les résultats scientifiques et pratiques de notre premier Congrès n'ont donc pas été tout à fait nuls; s'ils n'ont pas été plus grands, la faute n'en est pas à votre commission permanente, mais aux difficultés administratives que soulèvent les questions au sujet desquelles vous avez émis des vœux. Ces difficultés sont-elles insurmontables? Qui le sait? En tout cas, il ne serait peut-être pas inutile de

présence d'une petite fille émaciée, très débilitée, qui expulse des crachats d'un gris blanchâtre et transpire la nuit, qui présente de nombreuses granulations du pharynx, on peut chercher d ns une tuberculose pulmonaire l'explication de tout ce qui se produit. Toutefois, cette explication ne peut être admise sans objection, car les sommets des deux poumons ne semblent pas plus particulièrement affectés que le reste du parenchyme pulmonaire, les phénomènes stéthoscopiques constatés peuvent, en somme, appartenir à une simple bronchite chronique, et la détérioration générale que nous observons peut provenir de fatigues exagérées, d'alimentation défectueuse, ou d'autres conditions mauvaises d'hygiène.

Malgré toutes ces incertitudes, nous devons conserver de grandes appréhensions, relativement aux probabilités d'une tuberculose. Quant à ce qui concerne le traitement, nous chercherons à relever les forces de cette jeune fille par une nourriture réparatrice, ce qui ne sera pas, je l'espère, très difficile, car elle ne manque pas d'appétit. Pour diminuer l'abondance des crachats, nous ne lui offrirons pas d'huile de foie de morue, qui, dans la saison d'été, est habituellement mal tolérée, mais nous essayerons de lui faire prendre de la terpine, dont l'utilité, en pareil cas, me semble incontestable; les granulations, dont le pharynx est tapissé, permettent d'espérer aussi que l'eau sulfureuse aura ici de l'efficacité. Enfin, si la persistance des signes stéthoscopiques, de l'expectoration, du dépérissement, si la découverte d'éléments bacillaires dans les matières expectorées nous confirment dans nos soupçons, au point de vue de la nature tuberculeuse de la bronchite, j'aurai recours à la créosote soit par la voie buccale, soit par la voie hypodermique. Les injections sous-cutanées de ce médicament m'ont donné, depuis quelques mois, dans huit ou dix cas semblables, de très bons résultats; il est fort possible qu'il en soit de même chez cette petite malade.

Dans la relation succincte des trois faits dont je viens de m'occuper, je me suis attaché, ainsi que je l'annonçais en commençant ces considé-

---

renouveler ces vœux, appuyés d'un vote nouveau, à la fin de la présente session.

Si nous en croyons les prévisions basées sur la liste des communications annoncées, le Congrès de 1891 n'aura rien à envier à celui de 1888 sous le rapport scientifique. Cependant le nombre des membres est moins grand. Plusieurs personnes ont bien voulu me dire que cette diminution des adhérents à notre Congrès avait pour cause unique le chiffre trop élevé de la cotisation.

Cependant, dès la première séance du précédent Congrès, il avait paru difficile au comité d'organisation de laisser la cotisation à 10 francs, et dans la séance d'ouverture on avait demandé de la porter à 20 francs, ce qui fut accepté des membres présents. Les résultats financiers du Congrès n'ont fait que confirmer les membres de la commission permanente dans cette idée. En effet, le chiffre des recettes, en bloc, s'est élevé à 5,010 francs. Le chiffre des dépenses, dont le détail sera annexé au compte rendu du Congrès, a été de 10,210 francs, soit un déficit de 5,200 francs.

Ce déficit a été comblé en partie par l'Œuvre de la tuberculose, qui a versé 4,050 francs, et en partie par les membres du comité d'organisation qui ont contribué :

M. le professeur Grancher, pour une somme de 250 francs; M. le professeur Lannelongue, 200 francs; la Société de médecine vétérinaire pratique, 200 francs; MM. Verneuil, Villemin, Chauveau, Lebland, Nocard, chacun pour 100 francs.

Je dois ajouter que notre éditeur, M. Masson, a vendu actuellement 300 exemplaires des comptes rendus du Congrès, qui ont rapporté environ 2,700 francs; le déficit définitif n'est donc plus que d'environ 1,300 francs. Nous espérons que le déficit sera moins

rations, à ne mettre en relief que les obscurités du diagnostic; pour les deux premiers cas, il s'agissait d'un état fébrile simulant une dothiénentérie au début; nos hésitations, sur la manière dont il fallait interpréter les symptômes observés, n'ont cessé que quinze jours au moins après l'entrée des malades à l'hôpital; pour le troisième, nous sommes vraisemblablement en présence d'une phthisie pulmonaire, mais l'avenir seul peut nous dire si la tuberculose est apparente ou réelle. Je n'ajouterai à ce que je viens de dire qu'une courte réflexion : c'est que nous n'avons pas eu à nous débattre contre des cas exceptionnels; nous rencontrons à chaque instant, pendant la période infantile, des états morbides à physionomie indécise. Il vaut beaucoup mieux, dans l'intérêt du malade, suspendre son jugement définitif, vis-à-vis de situations pathologiques de ce genre, que de vouloir donner trop vite une appréciation irrévocable, qui servirait de prétexte à une thérapeutique prématurée, bien souvent plus nuisible qu'utile,

---

Hôpital Tenon. — M. le docteur L.-G. Richelot.

De la laparotomie exploratrice (1).

Je terminerai cette étude rapide des laparotomies frustes, pour ainsi dire, et de leur effets salutaires, par l'exposé de quelques faits relatifs aux affections des annexes.

Ce n'est pas seulement en présence du cancer et de la tuberculose qu'il m'est arrivé de refermer le ventre en y laissant des lésions que je ne pouvais attaquer; c'est aussi en présence d'ovaro-salpingites et d'adhérences inflammatoires banales, mais dont la destruction m'aurait exposé à de graves périls. Je ne parle pas ici des suppurations pelviennes compliquées, dans lesquelles la laparotomie peut nous mener sur de dangereux écueils,

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 18 juin et 28 juillet 1891.

---

grand cette année, parce que, instruits par l'expérience, nous avons fait moins de frais, et que le chiffre de nos recettes est plus élevé; mais je crois qu'il faudra encore faire appel à la libéralité de l'Œuvre de la tuberculose pour que nous arrivions à joindre les deux bouts.

Messieurs, avant de terminer, je vous propose de voter des remerciements aux diverses personnes qui ont bien voulu s'intéresser au succès de notre œuvre et nous y aider dans la mesure de leurs attributions.

A MM. les ministres de l'intérieur et des travaux publics, qui ont bien voulu mettre leur influence à notre service pour obtenir des billets de chemin de fer à prix réduits en faveur de nos collègues de province et de l'étranger.

A M. le ministre de l'instruction publique, qui a bien voulu autoriser M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, à mettre à notre disposition les locaux occupés par le Congrès.

Aux Sociétés savantes de Paris, de la province et de l'étranger, qui nous ont fait l'honneur de se faire représenter à ce Congrès par des délégués.

A M. Henri Monod, directeur de l'assistance publique et de l'hygiène au ministère de l'intérieur, à qui nous devons le puissant appui de MM. les ministres de l'intérieur et des travaux publics.

A M. le professeur Brouardel, dont la bienveillance nous a valu l'autorisation de M. le ministre de l'instruction publique de tenir notre session à la Faculté.

mais où l'évacuation du pus, comme de juste, est la seule manière de guérir ou d'améliorer sérieusement; je parle de ces *processus fibreux* étendus à tout le petit bassin, autour de grosses trompes parenchymateuses, qu'il est très difficile de sculpter et d'enlever complètement sans risquer des ruptures vasculaires ou des déchirures intestinales. Sans doute, on vient à bout de cas assez graves et d'opérations laborieuses; mais il m'est arrivé aussi de persister, en face de certaines duretés ligneuses, et de voir, même sans perforations ni hémorrhagies, la malade succomber au collapsus. Il y a là une question de tact et d'expérience qu'il est bien difficile de formuler; je me borne donc à vous dire qu'il faut savoir s'arrêter à l'occasion. Or j'ai vu plusieurs fois, dans ces conditions, la laparotomie restée exploratrice produire des résultats merveilleux, auxquels j'étais loin de m'attendre.

Le cas le plus étonnant est celui-ci. J'examine, le 15 janvier 18.0, à l'hôpital Tenon, une femme de 40 ans qui, depuis six ans, a traversé toutes les phases de la métrite compliquée de lésions des annexes, métrorrhagies, douleurs, pelvi-péritonite à répétitions, dont je me dispense de vous retracer le tableau. Elle ne présente aucun signe de tuberculose, mais elle est pâle, émaciée, faible au point de ne plus quitter son lit; elle souffre continuellement, elle crie toute la nuit et empêche ses voisines de dormir. La température oscille de 38° à 39°5; il y a un peu d'albumine dans l'urine. Très vive sensibilité à la palpation, au toucher vaginal; empâtement douloureux des culs-de-sacs; la malade est si maigre qu'il est très facile d'explorer la cavité pelvienne, et de trouver l'utérus immobile, enclavé au milieu d'une masse qui remplit le petit bassin et présente une dureté ligneuse. Impossible de rien distinguer dans cette masse, ni poche fluctuante ni forme organique déterminée.

En présence de telles lésions, une intervention radicale me parut impossible, car la malade n'avait plus que le souffle. Or, elle me suppliait d'intervenir; un refus catégorique l'eût désespérée en lui montrant ce que je pensais de l'avenir. Je résolus donc de faire un semblant d'intervention,

---

A M. Gay, directeur des chemins de fer, qui s'est empressé de faire auprès des compagnies les démarches nécessaires pour obtenir des billets à prix réduits.

A MM. les directeurs des compagnies de chemins de fer, qui toutes, sans exception, ont consenti à nous accorder la réduction demandée.

TRAITEMENT DE LA FISTULE A L'ANUS. — Guyon.

A titre de traitement général reconstituant, prendre matin et soir une cuillerée à soupe de la potion suivante :

Bromure de potassium........................	10 grammes.
Citrate de fer ammoniacal....................	0 gr. 50 centigr.
Eau distillée................................	20 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères..............	100 —

Entretenir la liberté du ventre, soins extrêmes de propreté. — Après chaque garderobe et le soir en se couchant, introduction d'un suppositoire au beurre de cacao, renfermant 10 centigrammes d'iodoforme et 2 centigrammes d'extrait de belladone.

N. G.

c'est-à-dire une courte incision exploratrice, pour glisser un doigt, constater le magma d'adhérences et fermer bien vite la plaie. C'était, littéralement, lui donner l'illusion d'être opérée.

Cela fut fait le 6 février. Ouverture de 3 centimètres; introduction de l'index, qui arrive sur une masse fibreuse où ne se reconnaissent plus ni l'utérus ni les annexes; aucun liquide n'est évacué, l'exploration dure une minute et la plaie est suturée; dix minutes d'opération en tout.

Chose curieuse, la fièvre tombe et ne se reproduit plus. La douleur cesse absolument, la malade est tranquille et reposée; au bout de quelques jours, un nouvel examen ne décèle aucune trace d'albumine; l'appétit renaît, la bonne mine et les forces reviennent. Elle nous quitte au bout d'un mois, complètement transformée. Je la revois six mois plus tard : tout est souple dans la cavité pelvienne, elle travaille courageusement et ne souffre plus. Enfin, comme elle habite aux environs de l'hôpital, j'ai des nouvelles récentes, qui sont toujours aussi bonnes.

J'avoue ne pas bien comprendre cette amélioration subite de lésions positives et anciennes après un simulacre d'opération. Et cependant, le fait n'est pas isolé. J'ai obtenu un effet analogue, mais moins radical, en décembre 1890, chez une fille de 20 ans, très malade, qui avait une rétroflexion douloureuse absolument immobile, et des adhérences telles du corps utérin et des annexes, que je renonçai à les rompre et laissai tout en place. Elle quitta l'hôpital n'ayant plus aucune douleur; puis elle revint, un mois plus tard, avec des pertes blanches, pour lesquelles je fis un curage. Mais, avant même que cette dernière opération l'eût débarrassée de son catarrhe, elle était à peu près guérie et travaillait sans se plaindre.

Une femme de 35 ans, dont les accès douloureux duraient depuis quatre ans et étaient devenus très intenses depuis neuf mois, fut opérée le 6 avril 1891. Ayant traversé une paroi chargée de graisse, je trouvai dans le petit bassin un magma d'adhérences inextricables, au milieu desquelles je parvins à énucléer péniblement un cylindre membraneux que je pris d'abord pour la trompe; c'était la fin de l'intestin grêle, que je réintégrai bien vite à sa place, heureux de ne pas l'avoir déchirée, mais inquiet de l'avoir isolée, dépouillée de son mésentère, privée de ses vaisseaux, et craignant un peu le sphacèle de la paroi intestinale. Je renonçai alors à me débrouiller au milieu de ce processus fibreux, et je terminai l'opération. Or cette femme nous quitta le 26 avril, ne souffrant plus du tout; elle revint nous voir le 6 mai, bien portante, et je pus m'assurer que le toucher n'était plus douloureux et que les organes du petit bassin avaient repris en grande partie leur souplesse; je l'ai revue encore depuis cette époque, toujours guérie et ne se plaignant de rien. Comment expliquer cette influence heureuse d'une opération dans laquelle je n'ai rien fait de ce que je voulais, mais où j'ai malmené une anse intestinale? Je ne puis cependant pas comparer cette manipulation involontaire à un traitement des adhérences par le massage.

Je pourrais vous citer encore une femme de 28 ans, opérée le 12 mai dernier, et qui me paraît d'ores et déjà guérie par une laparotomie exploratrice. Elle avait des douleurs vives et une leucorrhée très abondante; j'ai reculé devant des adhérences totales, confondant l'utérus et les annexes, et maintenant elle n'a plus ni douleurs ni pertes blanches, le toucher ne donne plus du tout les mêmes sensations, et le succès thérapeutique n'est pas douteux.

Mais je vous en ai dit assez, Messieurs, pour vous montrer ce que vaut la laparotomie exploratrice. Et je conclus en répétant que c'est une opération bénigne par elle-même, quand elle est faite avec prudence et opportunité; qu'elle est souvent nécessaire pour achever un diagnostic, parfois même seule capable d'y conduire; qu'elle aide puissamment à nos déterminations opératoires; qu'elle peut, employée comme dernière ressource, nous donner des surprises et nous conduire à des succès inespérés; qu'elle est dans certains cas, et par le seul fait de l'ouverture du ventre, la cause d'améliorations prolongées ou même de guérisons définitives. C'est assez, je pense, pour que nous la trouvions légitime et bienfaisante.

REVUE DES CLINIQUES

Phlébite bénigne de la veine sous-clavière (clinique du professeur Nothnagel (1). — Voici un homme dont le membre supérieur droit est gonflé et cyanosé. L'artère du côté sain est souple, ses parois, son calibre, sa tension ne présentent rien d'anormal; le pouls ne laisse rien à désirer. La radiale du membre malade est dans les mêmes conditions. Ne pouvant localiser la maladie dans l'artère nous devons admettre que la cause du mal est un obstacle au cours du sang veineux du membre supérieur droit et penser à la thrombose d'une grosse veine du bras. Des thromboses veineuses se montrent souvent chez les personnes qui sont depuis longtemps alitées. En pareil cas, l'organisme réagit comme dans l'obstruction artérielle : des voies collatérales se développent qui donnent libre cours au sang. Chez les femmes, il n'est pas rare de voir à la fin de la grossesse une thrombose de la veine fémorale qui persiste souvent toute la vie, occasionne un œdème de l'extrémité correspondante, augmente par la station et par la marche, diminue au lit. L'obstruction d'une veine est en général très rarement produite par une embolie provenant du cœur, comme cela a lieu lorsqu'un thrombus originaire d'un sinus cérébral ou d'une veine utérine est véhiculé dans l'artère pulmonaire. Dans les veines des membres, on rencontre seulement une thrombose autochtone. L'oblitération thrombosique des veines peut se produire de deux façons :

1° Par une simple cause mécanique (thrombus autochtone);

2° Par suite d'une modification inflammatoire des parois veineuses.

Pour ce qui regarde la première forme, elle résulte souvent de la compression d'une veine par une tumeur, ou d'un ralentissement de la circulation. Dans ce cas, on a un thrombus marastique qui se forme comme dans les artères, dans les états adynamiques après un alitement prolongé, par exemple après le typhus, les couches chez les phthisiques, les cancéreux, etc. Ces thrombus s'observent aussi chez les petits enfants dans les sinus de la dure-mère (spécialement dans le sinus longitudinal) et surtout chez ceux qui sont épuisés par la diarrhée, etc. De la même manière se forment les thrombus marastiques dans le cœur. Une personne, à la suite d'une grave maladie, devient tout à coup hémoptysique par infactus hémorrhagique du poumon : c'est qu'un thrombus autochtone s'est formé dans le cœur droit, l'oreillette droite, et a été véhiculé dans une branche de l'artère pulmonaire.

La seconde sorte, la thrombose phlébitique, se divise en deux groupes : *A*) bénin, *B*) malin. Une phlébite bénigne succède à un trauma ou survient sans cause appréciable.

Elle n'est pas rare dans le cours des maladies fébriles aiguës (typhus). La thrombose se montre alors assez tôt, dans la deuxième ou troisième semaine, époque où un grand affaiblissement du malade ne peut pas encore rendre raison de son apparition. Ces altérations ont lieu, en outre, sous l'influence de légères variations de température lorsque la fièvre a déjà beaucoup diminué : les parties, où siège l'obstruction, sont extrêmement sensibles à la pression.

(1) Résumé d'après la *Gazette médicale de Liège*.

Ces thromboses phlébitiques bénignes s'observent surtout dans le typhus abdominal particulièrement dans certaines épidémies.

Les thromboses phlébitiques malignes, nommées aussi phlébites septiques, ont des symptômes assez différents. Premièrement les signes de l'irritation locale, puis ceux de l'oblitération du vaisseau, enfin ceux qui dépendent de la constitution septique du caillot. De celui-ci, il se détache des fragments qui, parvenus dans les vaisseaux, déterminent une septicémie avec frisson, hautes températures, infection secondaire, etc. La formation de thrombus septiques dépend toujours d'une infection bien commune dans la puerpéralité, où ils siègent dans les veines de l'utérus, dans les inflammations au crâne (phlébite des sinus). Chez notre malade, il ne peut être question de septicité; les renseignements obtenus et le tableau de la maladie s'y opposent; pas de raison d'admettre une formation mécanique du thrombus; nous devons donc nous prononcer pour une phlébite bénigne de la veine sous-clavière ou de la brachiale.

Au point de vue thérapeutique, notre action est bien limitée; nous ne sommes pas en état de faire disparaître le thrombus. Pourtant, il y a toujours danger tant qu'il n'a pas contracté adhérence avec la paroi veineuse, car une partie du caillot peut se détacher et être entraînée, en passant par le cœur, dans l'artère pulmonaire. Nous ne pouvons instituer qu'un traitement symptomatique faire tenir le bras élevé pour favoriser le dégorgement de la veine, et lorsque le thrombus est devenu adhérent, faire agir les doigts pour essayer de garantir le membre de la perte complète de la motilité.

BIBLIOTHÈQUE

Hypnotisme, suggestion et lecture des pensées, par Jean de Torschanoff, professeur de physiologie à l'Académie impériale de médecine de Saint-Pétersbourg. — Paris, G. Masson, 1891.

Au moment où l'hypnotisme et tout ce qui s'y rattache est plus que jamais à l'ordre du jour de la science, ce petit livre vient à son heure. Une compétence indiscutable, un sagace esprit d'observation, un bon sens solide joint à une clarté parfaite et nombre de vues originales le recommandent à l'attention tant des savants que des gens du monde. « Son but principal est de démontrer que les traits fondamentaux de ces phénomènes si mystérieux de l'hypnose, de la suggestion et de la lecture des pensées peuvent trouver une explication assez satisfaisante dans des faits psycho-physiologiques connus déjà dans la science, sans qu'il soit besoin de recourir à des hypothèses audacieuses et fantaisistes, incompatibles avec les faits scientifiques les mieux établis. — P. N.

REVUE DES JOURNAUX

Du lavage de l'organisme de l'homme et de la valeur et des méthodes d'administration de l'eau dans les maladies, par le docteur Sahli (de Berne). (*Correspond. f. schweizer Aertze*, 1890, 17.) — Sahli reconnaît la valeur de l'augmentation de la diurèse pour éliminer les poisons qui causent une série de maladies d'infection, telles que l'urémie, le coma diabétique, le tétanos, etc. Il n'y a pas de diurétique qui, pour son activité, approche de l'eau; il est même vraisemblable que les diurétiques dits rénaux, acétate de potasse, etc., n'agissent comme diurétiques que quand on administre de l'eau en même temps qu'eux, ou quand le corps a une réserve (exsudats hydropiques) d'eau, qu'il peut éliminer avec eux. Si c'est la force du cœur affaiblie qui doit et peut être relevée pour amener une augmentation de la diurèse, c'est la digitale qui fournira l'effet désiré. Mais, avec une force normale du cœur, et quand les reins remplissent leurs fonctions, la diurèse peut être augmentée presque à volonté par l'usage de l'eau en abondance.

Dans l'hydropisie, on ne peut employer l'eau comme diurétique, et c'est une mauvaise

pratique de donner aux hydropiques des tisanes dites diurétiques, qui agissent surtout par l'eau qu'elles contiennent. La plus grande partie de l'eau ingérée est retenue dans l'organisme et elle ne sert qu'à augmenter l'hydropisie.

Pourtant, chez beaucoup de patient, il est difficile d'augmenter la diurèse en administrant de l'eau par la bouche à cause de la difficulté de cette administration même, qui est empêchée par les vomissements, la diarrhée, la perte de connaissance, etc. Quand on ne peut recourir à l'administration par la sonde œsophagienne ou par les lavements, on peut se servir avec succès de l'introduction par la voie sous-cutanée. Quant à savoir si la diurèse obtenue par l'administration d'eau produit réellement un lavage de l'organisme, Sahli le croit pour des raisons théoriques et en s'appuyant sur les expériences d'Oppenheim et de Z. Meyer sur l'augmentation de l'élimination de l'urée. Sahli se servit d'abord, dans sa méthode sous-cutanée, de trocarts fins de Sonthey, par lesquels il faisait couler en quatre places à la fois un courant lent de solution stérilisée d'eau salée à 73 p. 100, l'eau pure devant être rejetée. Il parvenait à produire une vive action diurétique. Ainsi, il infusa à un malade atteint d'intoxication mercurielle chronique quatre à cinq litres de solution salée à plusieurs reprises et il obtint ainsi 4,000 à 5,300 centim. cubes. d'urine. Plus tard, il abandonna ce procédé pour infuser, au moyen d'une aiguille creuse grosse comme une épingle, en un temps court, c'est-à-dire en dix ou quinze minutes, un litre de liquide, et il répétait plusieurs fois cette injection si cela était nécessaire.

Sahli, en terminant, insiste sur l'utilité de l'injection sous-cutanée d'eau dans la diarrhée des enfants, dans le choléra nostras, dans tous les cas de perforation de l'estomac ou de l'intestin, dans la péritonite, etc., affections où beaucoup de malades meurent de soif, parce que les voies naturelles ne peuvent plus recevoir d'eau. — P. N.

De l'action toxique de la bilirubine dans l'ictère, par J. de Bruin. (*Acad. Prœss-chrift*, Amsterdam, 1889.) — Bouchard, le premier, a montré l'action toxique de la bilirubine dans l'ictère; il trouva que la bilirubine a une action dix fois plus forte que les sels biliaires. D'après lui, la bile décolorée sur le charbon est trois fois moins toxique que la bile pure. Quoique ses expériences concordent, en général, avec celles de Bouchard, de Bruin pense que, si celui-ci a obtenu de si gros chiffres, c'est parce que des sels biliaires sont retenus en même temps que la bilirubine par le charbon. Pour déterminer sa toxicité, il a injecté de la bilirubine chimiquement pure dans les veines à des lapins et il a trouvé que la dose mortelle était de 26 à 103,5 milligr. par kilogr. d'animal. Les grenouilles ne supportent pas une injection de 10 à 30 milligr. de bilirubine dans le sac lymphatique. Les sels biliaires sont donc trois à cinq fois moins toxiques que la bilirubine. La coloration ictérique de la conjonctive se montre déjà pendant l'injection chez les lapins, et elle dure un à deux jours; chez les grenouilles, elle ne survient que du deuxième au troisième jour, mais elle dure plus longtemps. — P. N.

COURRIER

Testament en faveur d'un médecin parent de la testatrice. — Un médecin, le docteur L..., parent d'une demoiselle P..., est fait légataire de cette demoiselle, qu'il n'a pas soigné régulièrement dans sa dernière maladie, mais à laquelle il a envoyé un médicament dont elle se servait, la morphine.

Un parent plus proche que le docteur L... attaque le testament, en raison de l'art. 909 qui dit qu'un médecin ne saurait être légataire des clients qu'il soigne pendant leur dernière maladie. Le tribunal a donné raison à notre confrère, en maintenant la validité du testament.

Voici quelques considérants du jugement :

Attendu que le législateur, en édictant la prohibition de l'article 909, a présumé que le médecin, appelé fréquemment auprès d'une personne atteinte d'une grave affection, pourrait abuser de l'influence que lui donne sa profession, sur l'esprit du malade, pour se faire attribuer tout ou partie de sa fortune; qu'il a visé, non pas une prescription acci-

dentelle, mais un ensemble continu de soins, s'adressant directement à la personne du malade et constituant un traitement;

Attendu, en l'espèce, que les médecins qui ont traité successivement la demoiselle P..., durant les dernières années de son existence, ont été les docteurs B... et M... dont les soins ont été sérieux et continus.

Attendu que l'intervention du docteur L..., s'est bornée à l'envoi de quelques paquets de morphine;

Qu'il n'est pas établi que ce soit lui qui ait prescrit cette médication, ni qu'il ait donné une seule consultation à la demoiselle P...;

Attendu qu'indépendamment de toute idée de suggestion, le mobile qui a déterminé la testatrice à instituer le sieur L... son légataire universel s'explique par les relations d'amitié qu'elle avait eues avec ce dernier, qui était son parent et qu'elle avait connu tout enfant;

Déclare la personne qui attaque le testament mal fondée et la condamne aux dépens.

(*Bull. méd.*)

— M. le docteur Cordon (des Ponts-de-Cé) est nommé chevalier du Mérite agricole.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jean Hæmmerlin (d'Épinal).

Hôpital Saint-Louis. — *Cours de vacances*. — M. le docteur G. Thibierge, médecin du Bureau central, fera pendant les mois d'août et de septembre un cours complet de dermatologie théorique et pratique.

Tous les matins, à neuf heures, visite des malades, opérations dermatologiques, etc. (Salle Alibert et Devergie).

Les mardis et vendredis, à quatre heures, leçon théorique et présentation de malades au laboratoire Alibert. (La première leçon aura lieu le mardi 4 août.)

N. B. — Les personnes qui désireraient suivre les cours de l'après-midi devront se munir d'une carte spéciale délivrée par le directeur de l'hôpital.

Bulletin bibliographique

Notice sur les propriétés et les applications du chlorure de méthyle, par Bridgonnet et Naville. Une brochure in-8° de 15 pages. — Prix : 1 franc.

Projet de loi sur les hypnotiseurs et leurs sujets automatiques, par Raymond Lebbé, docteur en droit, avocat, ancien magistrat. Une brochure in-8° de 40 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Etude sur l'épididymite syphilitique secondaire, par le docteur Jean Cuilleret. Un volume in-8° de 270 pages avec tableaux hors texte. — Prix : 5 francs.

Ces ouvrages se trouvent à Paris, chez O. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, ru Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

Congrès de la tuberculose. — Identité de la tuberculose de l'homme et de la tuberculose des bovidés, des gallinacés et des autres animaux.

Cette question avait un certain intérêt, surtout parce que, depuis plusieurs années, les expériences qui ont été faites en France avaient eu pour base des cultures de tuberculose aviaire. Si donc la tuberculose aviaire et la tuberculose humaine étaient deux espèces différentes, tout ce qu'on a fait en tuberculose depuis plusieurs années devait être considéré comme nul et non avenu.

Les préparations de MM. Straus et Gamaleia, que tous les membres du Congrès ont admirées, plaident beaucoup en faveur d'une différence profonde entre la tuberculose humaine et la tuberculose aviaire. Les caractères différentiels des cultures sont tellement nets qu'au bout de quelques minutes la personne la moins au courant des choses de la bactériologie peut les reconnaître et faire le diagnostic : les cultures de la tuberculose humaine sont sèches, écailleuses ou verruqueuses, ternes et dures ; celles de l'aviaire sont humides, grasses et molles. On a pu reconnaître les mêmes caractères sur des cultures dans les laboratoires de M. Nocard, à l'Ecole d'Alfort, et de M. Roux, à l'Institut Pasteur, et celles-là étaient d'autant plus convaincantes qu'elles avaient été préparées sans idée préconçue.

Les effets pathogènes des deux bacilles sont plus différents encore. Il y a des animaux qui sont réfractaires à l'un des bacilles, et qui ne le sont nullement à l'autre. D'autre part, dans les tentatives d'inoculation, on n'a jamais pu obtenir la transformation de l'un de ces deux bacilles dans l'autre.

Des expériences de M. Vignal tendent aussi à démontrer que le bacille de la tuberculose aviaire est, malgré ses ressemblances morphologiques avec le bacille de Koch, entièrement différent de ce dernier.

Mais d'autres expérimentateurs ont trouvé des résultats différents. Ainsi, tandis que MM. Straus et Gamaleia ont vu la poule rester réfractaire à l'inoculation du bacille de la tuberculose humaine, MM. Courmont et Dor ont pu inoculer ce bacille à la poule ; de même MM. Cadiot, Gilbert et Roger, et concluent que les bacilles tuberculeux aviaires et ceux des mammifères ne sont que deux races d'une même espèce, sinon identiques.

Ceux des mammifères, avons-nous dit ; et, en effet, ce ne sont pas seulement les bacilles de la tuberculose humaine qu'il faut considérer, car M. Chauveau a démontré que le virus tuberculeux du bœuf ne diffère pas

du virus tuberculeux de l'homme, et M. Nocard, que celle du cheval et celle du porc lui sont également identiques. Les cultures qui nous ont été présentées à Alfort, et qu'on n'avait pas encore réussies jusqu'alors, ne laissent aucun doute à cet égard. Au point de vue pratique, l'identité de la tuberculose du bœuf et de celle de l'homme démontre une fois de plus la possibilité de l'infection de l'homme par la viande et le lait des animaux tuberculeux, et elles impliquent la nécessité d'une surveillance rigoureuse de ces aliments.

Un des arguments invoqués par les partisans de la dualité des microbes tuberculeux en faveur de leur hypothèse est la difficulté, l'impossibilité même de rendre les oiseaux, poules ou faisans, tuberculeux au moyen des cultures du bacille de la tuberculose humaine. Cependant, on a déjà cité bien des exemples de contagion de basses-cours par les phthisiques. Des poules ayant ingéré des crachats de malades sont devenues tuberculeuses. On trouvera des faits de ce genre dans les comptes rendus du précédent Congrès de la tuberculose et, depuis, d'autres ont été publiés dans l'*Union médicale*. M. le docteur Baivy (de Namur) en a cité encore un autre.

Les membres du Congrès qui ont pris part à cette discussion ne sont donc pas encore parvenus à se mettre d'accord ni à résoudre d'une manière définitive la question qui reste encore pendante. Si tout le monde est à peu près d'accord sur l'identité de la tuberculose chez les mammifères, il n'en est pas de même pour celle des mammifères et des oiseaux. Les uns, MM. Cadiot, Gilbert et Roger, Courmont et Dor, pensent qu'il s'agit d'une même espèce de bacille; les autres, MM. Straus, Gamaleia, Vignal, auxquels il faut peut-être ajouter M. Nocard, de deux espèces différentes. De nouvelles recherches sont donc nécessaires pour trancher la question.

— La séance de clôture du Congrès a eu lieu samedi. La prochaine session aura lieu à Paris en 1893, sous la présidence de M. le professeur Verneuil.

Dans cette séance, le Congrès a voté plusieurs résolutions importantes, résumant les divers *desiderata* qui ont été formulés au cours des discussions. En voici le texte :

1° Il serait nécessaire de voir tous les gouvernements inscrire dans leurs règlements sanitaires les mesures les plus efficaces pour empêcher l'extension de la tuberculose bovine.

2° Il y a urgence d'établir un service d'inspection des viandes dans toutes les villes, sans exception, pourvues d'un abattoir public.

3° Il y a lieu également de supprimer tous les abattoirs privés dans les agglomérations de plus de 5,000 habitants et de les remplacer dans le plus bref délai possible par des abattoirs publics communaux ou cantonaux.

(L'existence d'innombrables tueries particulières dans les banlieues de Paris et de plusieurs grandes villes rend impossible, au double point de vue de la police sanitaire et de l'hygiène publique, toute surveillance réellement effective.)

4° Comme en 1888, le Congrès pense qu'il y a lieu de poursuivre par tous les moyens possibles, y compris l'indemnisation des intéressés, l'application générale du principe de la saisie et de la destruction totales, pour toutes les viandes provenant d'animaux tuberculeux, quelle que soit la gravité des lésions spécifiques trouvées sur ces animaux.

(A ce sujet, M. le professeur Arloing a indiqué les moyens suivants, comme capables de permettre aux pouvoirs publics d'arriver à la solution de la question) :

a) La viande des animaux tuberculeux, dans tous les cas indistinctement, ne sera jamais livrée à la consommation à l'état frais;

b) Lorsque la qualité de cette viande légitimera son utilisation, celle-ci sera précédée de la stérilisation ou d'une transformation par une application suffisante de la chaleur, ou bien salée, suivant les lieux et les circonstances, avant de servir à l'alimentation;

c) La moins-value résultant de ces transformations ou modifications sera compensée par une indemnité;

d) L'indemnité proviendra d'une légère taxe prélevée sur toutes les têtes de bétail sacrifiées sur le territoire et soumises à l'inspection;

e) Les communes surveilleront, comme cela a lieu déjà dans plusieurs pays, la Belgique et le grand-duché de Bade entre autres.

5° Comme en 1888, le Congrès insiste sur la nécessité de soumettre à une surveillance spéciale les vacheries consacrées à la production industrielle du lait destiné à être consommé en nature, pour s'assurer que les vaches ne sont pas atteintes de maladies contagieuses, — la tuberculose entre autres — susceptibles de se communiquer à l'homme.

6° Les locaux dans lesquels ont habité ou sont morts des tuberculeux doivent être désinfectés par mesure administrative.

7° Il y a lieu d'introduire dans les nouvelles *Instructions du Congrès de la tuberculose* un paragraphe concernant la désinfection des crachats dans toutes les maladies à expectoration.

8° Le Congrès, considérant les excellents résultats donnés par le séjour des tuberculeux au bord de la mer, donne son complet assentiment à l'*Œuvre des hôpitaux marins.*

Du rétrécissement mitral chez le fœtus et chez l'enfant.

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 13 juin 1891

Par P. Duroziez.

Chez le fœtus, le rétrécissement mitral étroit (pur ou compliqué) est rarement constaté. Nous pouvons en citer trois exemples.

Benezerd Smith a trouvé chez un enfant de 21 heures le trou de Botal fermé par une membrane solide et réticulée faisant poche, de plus le rétrécissement considérable de l orifice mitral, l'atrophie du ventricule gauche et le rétrécissement de l'orifice aortique. (*London med. Gaz.*, décembre 1846; *Arch. gén. de méd.*, mai 1848.)

La seconde observation, due à Parrot, présente la même disposition que celle de Benezerd Smith, l'oblitération prématurée du trou de Botal. L'auscultation a donné les signes du rétrécissement mitral.

Charbet, née le 5 juin 1868, entre le 6 juin. Enfant bien développée. Cyanose de la face et des extrémités. Protrusion de l'œil. Injection du petit cercle de l'iris. Ecchymoses conjonctivales.

Auscultation : Souffle présystolique. Dédoublement du deuxième claquement. Bruit respiratoire normal.

Mort le 6. Autopsie le 7.

Poids : 2 kilogr. 236. Poumon et cœur : 63 grammes.

Œdème des extrémités. Epanchement péricardique séreux. Poumons d'un rose violacé.

Cœur : Forme anormale. Diamètre transversal des ventricules considérable. L'aorte et l'artère pulmonaire se réunissent en un tronc. L'oreillette droite est vaste. On ne trouve point de communication ni ancienne ni récente de cette oreillette avec l'oreillette gauche. Le ventricule droit est volumineux.

L'oreillette gauche, petite, communique avec le ventricule gauche par un étroit orifice incomplètement fermé par une petite valvule. Le ventricule gauche, appendu à l'extrémité gauche de la face postérieure du droit, ne descend pas jusqu'au bord inférieur de celui-ci. Sa cavité, peu considérable, ne présente pas d'anfractuosité, sinon au niveau de ses angles, où l'on remarques des filaments ténus. Les piliers valvulaires sont remplacés par des cordages fins. Quelques granulations sur la face auriculaire de la valvule rudimentaire.

La troisième observation est due à Ayrolles (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, p. 222, mai 1885). Endocardite congénitale généralisée, avec oblitération de l'orifice mitral et cloisonnement de l'orifice tricuspidien.

Fille bien portante au début, morte au bout de dix jours avec de la cyanose. Pendant la vie intra-utérine, on n'a pas entendu de bruit anormal.

Autopsie. — L'eau versée dans l'oreillette gauche ne pénètre pas dans le ventricule. L'orifice mitral semble oblitéré; il forme un cul-de-sac en entonnoir à sommet dirigé vers la pointe du ventricule qui est revenu sur lui-même. Orifice aortique intact. Trou de Botal perméable en partie, oblitéré par la valvule de Vieussens qui, faisant clapet, empêchait le reflux de gauche à droite. Cœur droit dilaté. Ventricule droit plus volumineux que le gauche, épaissi lui-même. Oreillette droite large. Artère pulmonaire saine. Canal artériel perméable. Tricuspide terminé un par treillis formé par des adhérences anormales entre ses bords libres, limitant des orifices de grandeur variable. Au pourtour de ces orifices, petites végétations rougeâtres.

Nous ne doutons pas qu'il y ait d'autres cas de rétrécissement mitral chez le fœtus. Ils sont rares.

Chez l'adulte, le rétrécissement de la tricuspide est presque toujours doublé du rétrécissement plus étroit de la mitrale. Chez le fœtus, il n'en est pas de même; nous avons rapporté la seule observation d'Ayrolles où l'on ait constaté chez ce dernier la réunion des deux rétrécissements. Il faut admettre qu'elle permet à l'individu de vivre un certain nombre d'années ou que le rétrécissement mitral se développe après le rétrécissement de la tricuspide. Dans les autopsies de fœtus, nous ne voyons pas signaler les deux rétrécissements réunis. La mitrale se rétrécit difficilement chez le fœtus et chez le nouveau-né.

Robert Leudet n'a pas mis en lumière assez vive cet isolement du rétrécissement tricuspidien chez le fœtus, qui nous touche, parce que nous cherchons chez celui-ci le rétrécissement mitral. Il parle de la fréquence plus grande du rétrécissement tricuspidien isolé chez le fœtus, nous dirions presque la constance. Chez l'adulte, il indique pour 114 cas de rétrécissement tricuspidien 11 cas de rétrécissement isolé et 78 cas se compliquant de rétrécissement mitral. A quelle époque a apparu le rétrécissement mitral? C'est ce qu'il s'agit de démontrer.

L'endocardite mitrale existe chez le fœtus. Si le rétrécissement n'est pas absolu, étroit, il y en a les vestiges sous l'apparence de granulations qui s'organiseront et rétracteront les tissus. Ce n'est que vers l'âge de 4 ou 5 ans que le rétrécissement mitral apparaît, le plus souvent compliqué d'autres lésions.

Nous avons décrit le rétrécissement mitral pur datant de l'enfance, presque congénital. Toute observation remontant à l'état fœtal sera la bienvenue.

L'étude du rétrécissement mitral chez l'enfant a quelque intérêt; on le confond avec la péricardite et on est porté à employer des moyens qui,

utiles dans la péricardite, n'ont aucune action sur le tissu fibreux du rétrécissement.

Le rétrécissement mitral est plus hâtif et moins rare qu'on ne dit. Les autopsies seules peuvent vider le différend; mais le diagnostic est possible et met plus de cas à notre disposition.

Nous avons donné ce que nous possédons chez le fœtus. Il nous faut sauter à 5 ans. L'intervalle est à combler.

Lenoir, garçon de 5 ans 1/2, a de la chorée. Il est pâle. Nous le voyons le 4 janvier 1891. Quelques douleurs rhumatismales. Un peu de pleurésie. Souffle chlorotique à deux temps au cou. Souffle au premier temps passant en arrière. Souffle détaché au deuxième temps, jusqu'en bas du cœur, ressemblant au souffle du rétrécissement mitral, mais plus diffus que lui. Le rythme est à trois temps. Le malade meurt inopinément quelques jours plus tard. L'autopsie est interdite.

Remarques. — On voit de suite combien de cas sont perdus. Nous avions l'occasion de contrôler notre diagnostic; il y a interdiction. Nous admettions le rétrécissement mitral avec insuffisance.

Lenoir, fille de 6 ans 1/2. 24 novembre 1890. Elle est pâle, blonde. Pouls 90, régulier, un peu vibrant. Souffle à gauche, passant en arrière, au premier temps. Bruit rude au deuxième temps. Double frémissement court. Dédoublement du deuxième claquement. Battement au niveau de l'artère pulmonaire. Insuffisance et rétrécissement mitral.

Thom, garçon de 7 ans. 22 novembre 1890. Pouls 60, irrégulier. Cœur énorme battant dans le creux épigastrique. Pointe dans le sixième espace en dehors du mamelon, rentrant de suite après avoir sailli. Agitation sur toute la surface du cœur. Souffle en arrière au premier temps. Souffle au premier et au deuxième temps en bas du sternum. Double frémissement. Le souffle est le plus fort en bas du sternum. Rien au cou. Rien aux doigts.

27 novembre. — Pouls 70, régulier. Souffle ronflant sur toute la surface du cœur passant en arrière. Dédoublement du deuxième claquement. Un peu de souffle au deuxième temps. Battement au-dessous du scrobicule. L'enfant est plus calme.

7 décembre. — L'enfant a pris la rougeole. Je ne le vois pas. Insuffisance et rétrécissement mitral. Insuffisance aortique.

Mohr, fille de 7 ans. 3 octobre 1890. Pouls 90. Insuffisance et rétrécissement mitral. Insuffisance aortique.

Porcher, fille de 7 ans 1/2. 4 janvier 1891. Insuffisance et rétrécissement mitral. Elle n'a jamais bien couru. Poitrine bien conformée. Pas de rhumatisme. Parents morts de maladie du cœur. Pouls 84. Souffle en arrière. Souffle en avant au premier temps. Souffle au deuxième temps. Bruits chlorotiques considérables.

14 janvier. — Pâle. Rien aux doigts. Pouls 84, régulier. Souffle énorme en arrière. Souffle en avant sur une grande surface. Souffle au deuxième temps. On entend le claquement à gauche. Pointe dans le cinquième espace.

Turaglio, garçon de 8 ans. 23 décembre 1890. Thorax difforme. Rétrécissement mitral. Insuffisance et rétrécissement de la tricuspide. Les mains sont à angle droit sur les avant-bras, lésion congénitale. La poitrine est aplatie, face antérieure. Souffle au premier temps, sternal. Souffle rude au deuxième temps à gauche. Rythme à trois temps. Pâle. Pas de cyanose.

4 janvier 1891. — Pouls 48, régulier. On sent les deux claquements. Ronflement sur toute la surface du cœur, ne passant pas en arrière. Rythme à trois temps. Ronflement diastolique à la pointe et en haut, partout. Pas de cyanose. Pâleur.

14 janvier. — Pouls 60, régulier. Rien en arrière. Rythme du rétrécissement mitral. Dédoublement du deuxième claquement. Ronflement au deuxième temps à gauche. Souffle au deuxième temps à droite. Coup de râpe présystolique à gauche. Premier claquement à gauche. La pointe bat dans le quatrème espace. Bruits chlorotiques.

25 janvier. — Pouls 42, régulier. Roulement soufflant au deuxième temps à gauche. Fout tou roû. Pas de dédoublement. Coup de râpe présystolique. Maximum nettement à gauche. Rien en arrière. Battements veineux.

Pernin, garçon de 8 ans. Rhumatisme articulaire aigu à 7 ans et à 8 ans. Double souffle sternal. Rythme du rétrécissement mitral à gauche. Souffle roulant au deuxième temps. Epine dorsale irrégulière. Saillie du côté gauche en avant.

Jégou, garçon de 8 ans 1/2. Né à 8 mois, élevé dans une couveuse. Déformation du thorax limitée à la surface cardiaque. Ronflement à la pointe au premier temps. Dédoublement du deuxième claquement. Un peu de bruit au deuxième temps.

Parisot, fille de 9 ans. 29 septembre 1890. Rhumatisme articulaire aigu datant de quinze jours. Pouls 120, régulier. Dédoublement du deuxième claquement constant.

Pestel, garçon de 11 ans. 14 novembre 1890. Rhumatisme articulaire aigu suivi de chorée il y a quatre mois. Il n'a jamais pu courir. La maladie date de loin. Souffle à la pointe au premier temps, passant affaibli en arrière. Roulement au deuxième temps. Pouls 90, régulier, développé. Insuffisance et rétrécissement mitral.

A partir de 12 ans, le rétrécissement mitral devient fréquent. En un mois, nous notons 10 cas dans les services des Enfants-Malades et de Trousseau.

L..., garçon de 12 ans, qui courait sans gêne, a la fièvre typhoïde au mois d'avril 1890. Nous le voyons en octobre. Pouls 114. Pouls veineux. Souffle au premier temps tricuspidien. Double souffle aortique. Souffle au premier et au deuxième temps à gauche. Rythme mitral. Le souffle du premier temps passe en arrière. Roulis précordial. Adhérence du péricarde. Grande maladie du cœur.

C..., garçon de 12 ans, a eu plusieurs rhumatismes articulaires, le premier à 9 ans. Pouls 90, régulier. La pointe bat dans le sixième espace. Souffle à gauche (premier et deuxième temps).

B..., 12 ans 1/2. Rhumatisme articulaire à 10 ans et à 11 ans. Pouls 54, régulier. Pointe dans le cinquième espace. Souffle au premier et au deuxième temps. Pas de claquements.

Morel, garçon de 13 ans. 8 janvier 1891. Rhumatisme articulaire aigu à 11 ans et il y a trois semaines. Poitrine bien conformée. Voussure précordiale. Pas de rentrée systolique de la pointe. Pouls régulier. Frémissement double. Battement au niveau de l'artère pulmonaire et matité. Souffle en arrière. En avant, souffle au premier temps; souffle dur au deuxième temps, à gauche. A droite, souffle léger au deuxième temps. Insuffisance et rétrécissement mitral. Insuffisance aortique.

B..., garçon de 13 ans, n'a jamais gardé le lit pour des douleurs, courait bien. Pouls 114, vibrant. Souffle en avant au premier temps, passant à moitié en arrière. Pouls veineux. Souffle au premier temps, tricuspidien. Un peu de souffle au deuxième temps, sternal. Roulement au deuxième temps. Insuffisauce et rétrécissement mitral, insuffisance aortique, insuffisance de la tricuspide.

R..., garçon de 13 ans, entré le 25 décembre 1888 pour un rhumatisme. Nous le voyons du 8 septembre 1890 au 26 octobre. La pointe bat dans le sixième espace. Pouls 84, régulier. Rétrécissement et insuffisance mitrale; insuffisance aortique; insuffisance de la tricuspide. Adhérences du péricarde.

P..., garçon de 13 ans 1/2. Plusieurs rhumatismes articulaires. Pouls 84, régulier. Un peu de souffle aortique au deuxième temps en bas du sternum. Ronflement au deuxième temps à gauche. Rétrécissement mitral. Insuffisance aortique.

T..., fille de 13 ans 1/2. Douleur au genou droit il y a un mois. Pouls 78, vibrant, régulier. Ronflement au premier temps passant en arrière. Deuxième claquement dédoublé. Roulement diastolique. Souffle au deuxième temps, sternal. Rythme du rétrécissement mitral. Insuffisance et rétrécissement mitral. Insuffisance aortique.

S..., garçon de 14 ans 1/2. Premier rhumatisme articulaire à 10 ans. Souffle au premier temps passant en arrière. Râpement présystolique. Roulement diastolique. Pouls 120, régulier, vibrant. Insuffisance et rétrécissement mitral.

G..., garçon de 14 ans 1/2. Premier rhumatisme à 12 ans. Pouls 72, régulier, déve-

loppé. Rythme du rétrécissement mitral. Deuxième claquement dédoublé. Souffle du deuxième temps sternal. Pouls veineux, systolique. Rétrécissement mitral. Insuffisance aortique. Insuffisance de la tricuspide.

Dans l'espace de dix mois, nous avons recueilli, dans les hôpitaux d'enfants, 28 observations de rétrécissement mitral (pur ou compliqué, le plus souvent compliqué). Le plus jeune à 5 ans 1/2; le plus âgé 14 ans 1/2. De 5 ans 1/2 à 11 ans, nous trouvons 11 cas; de 12 ans à 14 ans 1/2, nous en trouvons 17. A partir de 12 ans, le nombre augmente beaucoup.

Jusqu'à 7 ans inclus, nous ne trouvons que 4 cas : 1 à 5 ans 1/2, 1 à 6 ans 1/2, 2 à 7 ans.

Avant 5 ans 1/2 nous ne trouvons pas le rétrécissement mitral qui se montre fréquent à partir de 12 ans; mais il existe, avant 12 ans, dans la proportion de 11 cas contre 17 à partir de 12 ans.

Quels que soient les chiffres (auxquels nous ne tenons pas), on doit tenir compte du rétrécissement mitral chez l'enfant.

Quelle est la part du rétrécissement mitral pur? Elle est médiocre. Ce n'est qu'à partir de 15 ans que nous trouverons le rythme singulier, la forme singulière que nous constatons souvent chez l'adulte.

Chez l'enfant, le rétrécissement n'est pas encore étroit, on trouve les signes de l'insuffisance d'abord, puis de l'insuffisance avec rétrécissement. Le rétrécissement pur apparaîtra plus tard; c'est le type de l'endocardite chronique. La lésion s'établit lentement. L'insuffisance pure précède le rétrécissement. Il faut admettre un rétrécissement avec insuffisance pure; il n'y a pas double lésion comme on le dit à tort; ce n'est qu'un degré de plus ou de moins dans la lésion. Ce qui donne au rétrécissement mitral pur sa caractéristique, c'est la chronicité sans inflammation vive, c'est l'isolement de la mitrale dans la maladie. Le plomb fabrique le rétrécissement mitral pur à merveille. C'est de l'induration souple, c'est de la sclérose. Le rétrécissement mitral pur s'organise dès l'enfance, surtout chez la fille. Un certain volume du cœur est nécessaire pour produire la série des bruits du rétrécissement mitral pur. La voix de l'enfant ne vibre pas comme celle de l'adulte. Le rétrécissement pourrait exister chez le nouveau-né sans qu'on en constatât les bruits. Chez le tout petit, on entend surtout les bruits systoliques, et puis il ne faut pas faire péricardiques les bruits qui appartiennent au rétrécissement mitral. On n'a pas assez tenu compte de la faiblesse de l'instrument et de l'archet qui est le sang.

REVUE DES JOURNAUX

Deux cas d'abcès otitiques du cerveau; guérison par la trépanation, par le docteur M. Pritchard. (*Ann. des mal. de l'oreille*, 1891.) — Dans l'un et l'autre de ces deux cas, il s'agissait d'otorrhées anciennes. Dans le premier, on appliqua d'abord une couronne de trépan, et, comme la dure-mère apparaissait saine et que l'aiguille exploratrice ne ramenait pas de pus, on appliqua une deuxième couronne à un pouce plus en arrière; vaste collection purulente en dehors de la dure-mère. Après avoir agrandi l'ouverture avec le trépan et les ciseaux, on fit une quatrième ouverture pour assurer le drainage. Guérison complète, sauf un peu de lenteur de la parole.

Dans le deuxième cas, il fallut aller chercher assez profondément le pus avec l'aiguille exploratrice au-dessous de la dure-mère qui paraissait saine. Le malade est guéri, mais a eu deux pertes de connaissance avec un peu d'aphasie. — P. N.

Diagnostic précoce du rachitisme et traitement phosphoré. (*Rev. de thér. méd. chir.*) — Il est très important, en pratique, de pouvoir reconnaître le rachitisme à son début, car le succès du traitement dépend beaucoup de son application rapide, et, par conséquent, du diagnostic précoce. Ce diagnostic est basé sur l'examen de la grande fontanelle. Le docteur Vonte (d'Amsterdam) attache du moins une très grande importance à la détermination suivie de ses dimensions. Il considère que les mesures de la grande fontanelle sont, dans les cas douteux, un moyen sûr de diagnostic, dont la valeur lui a été démontrée dans l'examen de quelques enfants qui, en apparence, jouissant d'une bonne santé, présentaient, à l'âge de 2 ans, des mesures de la grande fontanelle de 22 millim. de longueur sur 32 millim. de largeur, et 1 centim. de longueur sur 2 de largeur, dans un cas où l'enfant était âgé de 3 ans et demi.

Les dimensions de la fontanelle sont très variables chez les enfants âgés de 6 mois ou plus, et peuvent varier de 22 à 75 millim. en longueur, sur 1 à 5 cent. 1/2 en largeur; de petites dimensions, même, n'excluent pas le rachitisme. Mais si, à dater de cette époque, ces dimensions ne diminuent pas au bout de quelques semaines sans traitement, il faut considérer l'enfant comme atteint de rachitisme.

Les mensurations faites avec un compas à bouts arrondis, muni d'un arc gradué, servent d'ailleurs à contrôler les effets du traitement phosphoré.

Le phosphore exerce une influence des plus heureuses sur le rachitisme; mais, pour qu'il soit toléré, il faut le donner à très petites doses.

Le docteur Vonte déclare avoir, par ce moyen, obtenu un chiffre de guérison de 63 p. 100.

Voici comment il prescrit le phosphore :

Phosphore	0 gr. 01
Huile de foie de morue	100 grammes.

Une cuillerée à café par jour ou bien une demi-cuillerée le matin et le soir. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 juillet 1891. — Présidence de M. Tarnier.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Babes (de Bucharest), au sujet de recherches sur la guérison de la tuberculose;

2° Une lettre de protestation de MM. Gayon et Blarez de (Bordeaux) contre les expressions dont s'est servi M. Gau'ier dans la dernière séance : MM. Gayon et Blarez ont fait un travail sur le déplâtrage des vins et ont établi que les sels de strontiane peuvent y être employés sans danger; mais ils ne sont pas responsables des applications industrielles qui en ont pu résulter.

M. Riche regrette l'absence de M. Gautier et affirme que les deux savants de Bordeaux, auxquels il a fait allusion dans la dernière séance ont travaillé dans un but exclusivement scientifique, et qu'ils sont étrangers à la vente des sels de strontiane pour le déplâtrage des vins.

M. G. Sée a pu, grâce à l'obligeance de M. Laborde, expérimenter les sels de strontiane au point de vue thérapeutique. Leur innocuité à l'état de pureté avait été déjà établie par Vulpian. M. G. Sée a obtenu de bons résultats avec le bromure de strontiane dans le rhumatisme noueux et dans plusieurs autres maladies; quant à l'application industrielle des sels de strontiane, elle n'est pas forcément dangereuse comme le montre la fabrication du sucre.

M. C. Paul a expérimenté depuis deux mois le lactate de strontiane, notamment dans la pléthore abdominale et dans le mal de Bright.

Le médicament, employé à la dose quotidienne de 8 à 10 grammes, ne provoque

aucune intolérance. Sans être diurétique, il diminue dans une assez grande porportion la quantité d'albumine.

— M. Dujardin-Beaumetz revient sur la question de la contractilité du cœur. Il est maintenant en parfait accord avec M. Sée au sujet de la contractilité et de l'élasticité du cœur; il constate également que le mot « toniques du cœur » est bien difficile à définir en thérapeutique et pourrait être avantageusement remplacé par celui de « régulateurs du cœur ».

Quant à l'action particulière de la digitale, M. Dujardin-Beaumetz, contrairement à l'opinion de M. G. Sée, repousse la doctrine de Schmiedeberg. D'après lui, la digitale n'augmente pas la diastole du cœur, sinon on la rejetterait de la thérapeutique. C'est, au contraire, pour vider le cœur qui se contracte incomplètement qu'on l'emploie, et avec de si bons résultats. De plus, la digitale n'agit pas plus sur le cœur gauche que sur le cœur droit. Si elle rétablit le synchronisme, son action se fait sentir sur le cœur tout entier.

En outre, M. Dujardin-Beaumetz ne regarde pas l'iodure de potassium comme un « régulateur du cœur ». L'iodure agit dans les affections cardiaques uniquement parce qu'il modifie l'état scléreux du muscle et de ses vaisseaux, mais il n'influe pas sur la tension artérielle, comme l'ont d'ailleurs montré MM. Prévost et Binet.

Pour M. G. Sée, la digitaline n'augmente pas la tonicité du cœur; elle met en œuvre son élasticité et exagère la diastole du ventricule gauche, ce qui élève la pression et facilite la circulation dans tous les organes. L'action régulatrice se fait tout d'abord sentir sur le cœur droit et la petite circulation; c'est ce que l'on peut constater dans l'asystolie.

En favorisant l'entrée du sang dans les artères et jusque dans les capillaires, la digitale agit aussi sur le système veineux général en activant le retour du sang vers le cœur, et l'on voit ainsi disparaître les stases sanguines, les hydropisies, les congestions rénales et hépatiques.

L'iodure de potassium, qui semble produire un effet tout différent, se rapproche, en réalité, quant au mode d'action, de celui de la digitaline. Son iode, en élargissant la cavité des artères, facilite le cheminement du sang dans tout le système, quand il y a incompensation et surtout incompensation pulmonaire. D'où la supériorité de ce médicament dans les divers cas de dyspnée.

M. Nicaise : La trachée a deux fonctions à remplir : 1° elle sert de conduit à l'air de la respiration ; 2° elle joue un rôle actif dans la production du son.

Elle se rétrécit et se raccourcit pendant l'inspiration, Ainsi la trachée n'est pas un tube inerte, mais un tube élastique. Dans la production d'un son, il faut une tension relativement considérable; cette tension est augmentée et maintenue par l'élasticité et la contractilité de la trachée.

L'air est cahssé vers la glotte par deux forces : par la contraction des muscles expirateurs et par celle de la trachée et des bronches qui s'ajoute à la rétraction du poumon. La première force est soumise à l'influence de la volonté et peut faire l'objet d'une éducation spéciale ; la seconde en est indépendante.

Les altérations de la trachée se manifestent par des troubles dans l'intensité et le timbre des sons. Avec l'âge, la portion membraneuse s'atrophie, devient mince et flasque; de même les anneaux cartilagineux perdent de leur souplesse. Les inflammations antérieures, les scléroses peuvent produire le même effet.

Si cette élasticité de la trachée est mise en jeu d'une façon exagérée, comme chez les chanteurs et les crieurs, il peut se produire des dilatations persistantes et parfois même de la trachéocèle. C'est pour obvier à ces lésions que, d'après Larrey, les crieurs d'Egypte se compriment la gorge avec un collier de carton garni de sable.

— M. Proust lit un rapport détaillé sur la marche du choléra en Orient pendant l'année 1890.

Le choléra de l'Irak-Arabi, source certaine des épidémies successives de Mésopotamie, de Perse, de Syrie, ne peut être attribué à une renaissance d'épidémies antérieures remontant à plus de dix-huit ans. Il faut donc admettre une importation. Or,

des navires anglais, venant de l'Inde, fréquentaient régulièrement le golfe Persique et débarquaient des passagers et des pèlerins. A ce moment, la mortalité par le choléra était considérable dans l'Inde, surtout à Bombay. Le choléra de l'Irak-Arabi semble donc avoir été importé de l'Inde.

Du côté de la mer Rouge, on trouve une importation analogue par des navires débarquant des pèlerins à la Mecque. Dans toute cette région du Hedjaz, il est également difficile de supposer une renaissance du choléra après un intervalle de sept années (de 1883, date de la dernière épidémie, à 1890). Le choléra venait donc encore directement de l'Inde. On ne peut admettre, en effet, qu'il ait été transporté de Mésopotamie (où il sévissait déjà en 1889), par des caravanes.

Quoi qu'il en soit, l'Inde est toujours le foyer d'émission. L'attention de l'Europe doit donc être appelée plus que jamais sur les dangers que pourront lui faire courir ces deux prolongements de l'Océan indien, le golfe Persique et la mer Rouge qui s'avancent jusqu'aux portes de la Méditerranée et permettent aux steamers d'apporter très rapidement de l'Inde des germes de redoutables épidémies.

M. Proust espère que les puissances européennes qui ont à craindre le fléau viendront seconder les efforts de la Turquie, chargée de garder les deux portes d'entrée, et dont le matériel et le personnel sont insuffisants pour un tel service.

— M. Guéniot a présenté, en 1889, à l'Académie, un nouveau-né microcéphale. Cet enfant vient de mourir à l'âge de 19 mois, à la suite d'accidents pulmonaires. Il était absolument insensible, présentait de la contracture des membres et de la nuque et n'avait jamais donné aucun signe d'intelligence. A l'ouverture de la boîte cranienne, il s'écoula environ 120 grammes d'un liquide, séreux, limpide, contenu entre la masse encéphalique et la voûte cranienne dans un espace cloisonné par des brides fibreuses qui reliaient la dure mère à la pie mère.

L'encéphale était très petit, le cerveau semblait ratatiné avec des circonvolutions rudimentaires. Son poids était de 47 grammes, dix fois moindre que celui d'un enfant normal de son âge. Le cervelet, la protubérance et le bulbe offraient leur développement ordinaire.

La calotte cranienne, partout surossifiée, ne présentait ni fontanelle, ni suture membraneuse.

Dans la poitrine, il existait un abcès enkysté de la plèvre gauche et une pneumonie diffuse de tout le lobe supérieur du poumon de ce même côté.

Tous ces faits sont-ils la conséquence d'une anomalie primitive de formation, ou bien le résultat d'une maladie nerveuse pendant la vie intra-utérine? M. Guéniot opine plutôt pour l'état morbide ancien, à cause des tractus fibreux et du cloisonnement de la boîte cranienne.

— M. Labbé relate l'observation d'une jeune fille de 14 ans, bien conformée et bien portante, qui a été réglée vers l'âge de 12 ans. Il y a huit mois, elle présentait déjà une hypertrophie considérable des seins, et les choses sont restées en l'état; enfin, en juin dernier, une poussée nouvelle eut lieu plus grande encore : la circonférence des seins mesurait 69 centimètres.

Sur l'avis de plusieurs chirurgiens, on pratiqua l'extirpation des glandes mammaires: le sein gauche pesait 3 kilogr. 500 et le sein droit 3 kilogr. 900. Il s'agissait d'hypertrophie fibreuse des lobules mammaires. Au moment des deux poussées, les règles avaient été supprimées.

— M. Le Dentu a constaté, chez une femme qu'il a opérée de pyosalpingite, une volumineuse tumeur du côlon ascendant. La tumeur fut enlevée en même temps que 22 centimètres d'intestin. M. Le Dentu fit la suture avec seize points sur la muqueuse et vingt-deux sur la séreuse.

La tumeur n'était pas maligne et il s'agissait de produits inflammatoires épaississant les tuniques intestinales. Un succès rapide a été le résultat de cette intervention.

De quelques nouvelles médications.

La quinine comme stimulant du cœur, par le docteur F. Hare. (*Revue de thérapeutique*, 1891).

D'après Hare, nous possédons dans la quinine un stimulant du cœur, dont la valeur n'est pas suffisamment appréciée dans la pratique. La quinine, administrée à doses convenables, combat la tachycardie, même quand celle-ci n'est pas accompagnée de fièvre, ainsi dans la maladie de Basedow. Cette action tonique se manifeste également dans les affections fébriles, principalement dans la fièvre typhoïde. Administré à la dose de 1 gr. 25 à 1 gr. 50, le sulfate de quinine exerce sur l'activité cardiaque une influence salutaire qu'on ne peut obtenir au même degré avec un autre antipyrétique : la fréquence du pouls diminue en même temps que la température s'abaisse, pour se relever en même temps que celle-ci, mais sans revenir à ce qu'elle était auparavant ; parfois, même, le pouls reste ralenti, malgré que la température interne se relève. Il arrive aussi que le pouls se ralentisse sans que la fièvre tombe; d'où l'on peut conclure que l'action tonifiante de la quinine sur le cœur est indépendante de l'action antipyrétique de ce médicament. L'emploi de la quinine dans les cas de fièvre typhoïde est particulièrement recommandé à une époque avancée de la maladie, par conséquent à une période où il est précisément indiqué de remédier à l'adynamie cardiaque.

Relativement au mode d'action de la quinine, Hare a insisté sur les points suivants :

Le ralentissement du pouls est relativement tardif à se produire ; d'habitude, il ne se montre d'une façon bien nette qu'au bout de vingt-quatre heures.

Il est relativement durable, en ce sens que le pouls met deux ou trois jours à regagner sa fréquence première, alors que l'effet antipyrétique persiste au plus pendant trente-six heures.

Cette action de la quinine ne s'observe pas uniquement dans les cas de fièvre typhoïde, mais encore à la dernière période de la phthisie pulmonaire, dans le cours de la pneumonie fibrineuse et de la broncho-pneumonie, enfin dans certaines affections chirurgicales.

En terminant, l'auteur s'est élevé contre l'influence fâcheuse exercée sur l'esprit des médecins par les données qui ont cours sur la prétendue action dépressive produite sur le cœur par la quinine. Il en résulte que les médecins prescriventle sulfate de quinine à doses insuffisantes, 10 et 20 centigrammes, et obtiennent ainsi l'accélération et la faiblesse du pouls dans des cas où, avec des doses plus élevées, ils eussent obtenu des effets inverses. — P. N.

Sur le sulfonalisme, par le docteur Gilbert. (*Revue de thérapeutique*, 1891).

M. Gilbert a donné des soins à quatre sujets qui présentaient les symptômes bien connus du sulfonalisme et, en outre, des anomalies de l'écriture qu'on n'a pas encore signalées. Les quatre malades, depuis qu'ils étaient en proie au sulfonalisme, ne pouvaient plus écrire en droite ligne; les mots qu'ils traçaient s'alignaient obliquement de gauche à droite et de bas en haut. De plus, les caractères de l'écriture étaient anguleux et empreints d'une grande incertitude.

M. Gilbert a insisté sur ce que les médecins ne tiennent pas suffisamment compte des dangers du sulfonalisme quand ils prescrivent du sulfonal pour une période de temps souvent fort longue. De plus, il a de nouveau appelé l'attention sur les avantages que présente le mode d'administration préconisé par Stewart (de Philadelphie). On jette de l'eau bouillante sur la dose de sulfonal à ingérer; on agite fortement, et, quand le liquide est tiède, on le fait absorber. De cette façon, il ne se forme pas de dépôt, et le médicament passe dans le sang en beaucoup moins de temps. L'effet soporifique ne met pas plus de quinze à vingt minutes à se produire. Au réveil, le malade n'éprouve pas cette lassitude qu'on a reprochée au sulfonal. — P. N.

FORMULAIRE

Pommade contre la pigmentation des femmes enceintes.

Oxyde de zinc pur	0 gr. 30 centigr.
Oxyde jaune de mercure	0 gr. 15 centigr.
Huile de ricin } Beurre de cacao }	ââ 75 grammes.
Essence de roses	X gouttes.

F. s. a. une pommade avec laquelle on frictionne, deux fois par jour, les parties du corps couvertes de taches pigmentées. — N. G.

COURRIER

Le conseil supérieur de l'instruction publique, sur le rapport de M. le doyen Brouardel, a adopté le projet suivant :

« Les aspirants au grade de docteur en médecine, ajournés au premier examen pendant les sessions de juillet et de novembre, peuvent renouveler cet examen dans une session spéciale, ouverte pendant la première quinzaine de janvier. Ils sont admis aux travaux pratiques de deuxième année, à partir du 3 novembre. »

Bulletin bibliographique

Aide-mémoire d'anatomie pathologique, d'histologie pathologique et de technique des autopsies, par le professeur Paul Lefort. 1 volume in-18 de 300 pages, cartonné. — Prix : 3 francs. Ce volume fait partie du *Manuel du doctorat en médecine*.

Les **Aide-mémoire de Lefort** continuent à paraître régulièrement et les 7 volumes déjà publiés de cette collection sont aujourd'hui entre les mains de tous les étudiants à qui ils rendent de grands services en leur permettant de revoir les matières de leurs examens. Ils ont été accueillis avec une faveur non moins marquée par les praticiens, qui n'ont pas le temps de lire de gros volumes. L'auteur et les éditeurs ont réalisé un véritable tour de force en faisant tenir autant de connaissances en de petits volumes aussi élégants et aussi portatifs.

L'**Aide-mémoire d'anatomie pathologique**, qui vient de paraître, ne rendra pas moins de services que ses aînés.

Les descriptions, en style télégraphique, sont réduites au strict nécessaire; elle sont pourtant très exactes, très au courant et très complètes.

Comme précédemment, on retrouve consignés dans cet *Aide-mémoire* les idées professées par les maîtres de nos écoles, et l'on retrouvera à chaque page les noms de Cornil, Charcot, Bouchard, Debove, Laboulbène, Grancher, Hayem, Fournier, Guyon, Verneuil, Straus, Ranvier, Lancereaux, Hallopeau, Brissaud, Letulle, Déjerine, Joffroy, Hanot, Hutinel, etc.; — Renaut, Bard, Bouveret (de Lyon); — Coyne, Pitres (de Bordeaux); — Kiener, Grasset (de Montpellier); Leloir (de Lille), etc.

Ces ouvrages se trouvent à Paris, chez J.-B. Baillière et fils, éditeur, 19, rue Hautefeuille.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, ru Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

Congrès de la tuberculose. — Les associations microbiennes et morbides du bacille de Koch.

Il est bien rare que le bacille de Koch se trouve seul dans les lésions tuberculeuses. Le résultat de cette association est-il favorable ou défavorable? Quel est sa signification pathogénique? Tels sont les points de la question qui ont été discutés au Congrès.

M. Babès, qui étudie cette association depuis plusieurs années, l'a rencontrée sous plusieurs formes. Dans les cavernes pulmonaires, on trouve le staphylocoque doré, le streptocoque, des bacilles saprogènes, et le microbe lancéolé de Frænkel; dans les arthrites tuberculeuses, le streptocoque et le staphylocoque doré; dans les tuberculoses ulcérées de la peau, le streptocoque, et dans celles des muqueuses le staphylocoque, et dans quelques cas le bacille pseudo-diphthérique. Dans les tuberculoses urogénitales, on rencontre fréquemment des microbes saprogènes qui peuvent être accusés, à bon droit, de provoquer la transformation ammoniacale de l'urine et une infection hémorrhagipare. Ces microbes saprogènes sont souvent accompagnés du staphylocoque doré.

L'influence des bacilles surajoutés à celui de Koch est multiple; ces bacilles, en agissant sur les tissus, préparent le terrain à l'invasion du bacille tuberculeux et favorisent son développement. Ainsi, par exemple, la tuberculose expérimentale se développera plus vite et sera plus grave chez un animal infecté légèrement par le streptocoque. D'autre part, presque toujours les complications observées chez les tuberculeux (suppurations, gangrène, hémorrhagie) sont presque toujours provoquées par un microbe surajouté au bacille de Koch. Comme conséquence pratique, on peut, sachant que les microbes qui entrent dans ces associations sont plus faciles à combattre que le bacille de Koch, les faire disparaître et éviter souvent ainsi l'invasion de la tuberculose.

M. Verneuil a étudié un autre côté de la question avec son chef de laboratoire, M. Baretta. Il a recherché la cause de la transformation des abcès froids en abcès chauds et a trouvé que cette transformation était produite par l'invasion de l'abcès froid par les microbes pyogènes. Il en résulte une inflammation de la poche, qui est suivie de guérison, comme s'il s'agissait d'un abcès chaud. L'inflammation d'un foyer tuberculeux, pourvu qu'elle

reste dans les limites inoffensives, est donc une circonstance favorable que l'on pourra peut-être utiliser en thérapeutique. M. Verneuil n'a fait, jusqu'ici, qu'une tentative dans ce sens. Quelques jours après avoir ouvert un foyer tuberculeux, à un moment où le pus contenait encore des bacilles de Koch, il a inoculé dans ce foyer des bacilles pyogènes. Il s'est produit une inflammation aiguë, les bacilles ont disparu et l'abcès a guéri.

Cependant, cette influence de l'intervention des microbes pyogènes, favorable pour les abcès froids, ne le serait plus pour le lupus, d'après MM. Tavernier et Leloir. Ces auteurs ont vu que les lupus secs ne renferment pas de bacilles de la suppuration, et qu'au contraire les lupus ulcéreux en renferment un grand nombre; et plus ils sont abondants, plus la marche du lupus est rapidement ulcéreuse. Dans la thérapeutique du lupus, on doit donc s'occuper non seulement du bacille de Koch, mais encore des microbes pyogènes.

D'après M. Hallopeau, la suppuration des lésions tuberculeuses peut se produire en l'absence de tout autre microbe que le bacille de Koch. Dans le lupus, en particulier, ce bacille provoque très vraisemblablement la suppuration par l'intermédiaire des substances chimiques qu'il engendre. Les résultats des injections de lymphe de Koch ont apporté de nouveaux arguments en faveur de cette manière de voir. M. Hallopeau les a vues produire la suppuration dans des conditions très diverses; or cette lymphe est stérilisée, son action ne peut être que purement chimique. Il est probable que les suppurations tuberculeuses sont dues à la production de substances semblables par les bacilles dans les tissus. Leur rareté dans le lupus s'explique par l'atténuation que présente dans cette maladie l'activité du contage; il faut tenir aussi grand compte des différences de réaction individuelle.

Cette constatation des propriétés pyogènes du bacille de Koch a aussi été faite par MM. Arloing et Cornil, et ils pensent qu'elle est en rapport avec leur atténuation, comme si le bacille contenait deux substances, l'une pyogène, l'autre tuberculogène, la première s'exaltant ou exerçant seule son action lorsque la seconde s'atténue. Ce fait est intéressant à rapprocher de la constatation faite par Koch, que les bacilles morts donnent lieu à de la suppuration. La suppuration bacillaire serait donc l'indice d'une tuberculose atténuée, capable de se localiser, au lieu de se généraliser, chez un sujet réfractaire ou peu sensible à la tuberculose.

Les associations morbides de la tuberculose, malgré leur intérêt, ont été peu représentées au Congrès. M. L.-H. Petit, le secrétaire général, a lu un court rapport sur l'enquête faite l'année dernière par le comité de l'Œuvre de la tuberculose sur la dernière épidémie de grippe et l'influence qu'elle aurait pu exercer sur le développement de la phthisie pulmonaire. Comme cette influence est signalée par bon nombre d'auteurs, il n'était pas sans intérêt de savoir exactement à quoi s'en tenir.

Dans ce but, une circulaire fut adressée aux médecins, avec prière de rechercher si la grippe était capable, comme on le prétend, de favoriser l'éclosion de la phthisie, ou de l'aggraver lorsqu'elle existait déjà. Les réponses furent rares; néanmoins elles renferment des faits intéressants dont voici l'énumération :

M. le docteur Leroy, professeur à la Faculté de médecine de Lille, a envoyé une observation de : bronchite grippale; présence dans l'expectoration du bacille de Koch; évolution de la maladie comme une bronchite inflam-

matoire non spécifique; guérison sans phthisie consécutive. Il n'y a plus actuellement aucun bacille dans les crachats.

M. le docteur Maugin (de Saint-Martin-d'Ablois) a adressé cinq observations d'aggravation de la tuberculose pulmonaire préexistante, avec marche rapide suivie de mort.

M. le docteur Guyot, médecin de l'Ecole Monge, deux observations d'apparition de la phthisie pulmonaire après la grippe.

M. le docteur Prioleau (de Brives), trois éclosions, cinq aggravations.

M. le docteur Santiago Caberali (de Buenos-Ayres), deux observations du même genre.

M. le docteur Daremberg a observé la grippe sur une centaine de malades, à Cannes; grâce aux précautions isolatrices et désinfectantes qu'il avait recommandées à ses tuberculeux, sept d'entre eux seulement ont été atteints. Trois malades atteints de tuberculose ganglionnaire du cou n'ont pas été plus éprouvés que les autres influenzés; mais quatre tuberculeux pulmonaires ont vu leur état s'aggraver considérablement.

M. le docteur Courtin, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, a vu deux cas d'influenza ayant déterminé l'évolution rapide d'une tuberculose pulmonaire à laquelle les deux malades ont succombé.

M. le docteur Celestino Compaired (d'Espagne), nous a fait parvenir six observations d'aggravation de la phthisie.

M. le docteur Page (de New-York), l'un de nos présidents d'honneur, a observé l'éclosion dans cinq cas, et l'aggravation dans tous les cas de phthisie antérieure, au nombre de 127.

MM. les docteurs Dubrandy (d'Hyères), Valenzuela (de Madrid), Gonnot (de Lyon), Prosper Lemaistre (de Limoges) et Robinson (de Constantinople), ont aussi fait parvenir le résultat de leur expérience. La note de M. Robinson offre ceci de particulièrement intéressant que la dengue, comme la grippe, possède une influence aggravante sur la phthisie pulmonaire.

Au nom du comité de l'OEuvre de la tuberculose, M. Petit a remercié ces laborieux confrères des renseignements qu'ils ont bien voulu lui envoyer.

Les principes alimentaires.

Normalement, l'homme absorbe chaque jour 20 grammes d'azote, 313 grammes de carbone, 2.000 à 3,000 grammes d'eau et 30 grammes de sels.

Un *aliment* sera (Dujardin-Beaumetz) toute substance, de quelque nature qu'elle soit, qui, introduite dans l'organisme vivant, peut servir à la nutrition.

Mais cette définition est incomplète (Bunge), car il ne s'agit pas seulement de réparer les pertes subies, mais aussi de fournir au corps des sources d'énergie. C'est ainsi que l'alimentation renferme des substances qui ne feront jamais partie intégrante du corps, mais qui sont une source de force vive : acides tartrique, malique, citrique. C'est ainsi, d'autre part, que les produits de dédoublement des albuminoïdes, créatine, créatinine, urée, etc., substances cependant riches en azote, n'ont qu'une chaleur de combustion très peu élevée, ne peuvent introduire que peu de tension dans l'organisme et ne sont pas alimentaires (1).

Il faut bien distinguer, ainsi que le recommande le professeur G. Sée, les substances alimentaires des aliments vrais. Les substances alimentaires, telle que la chair mus-

(1) La chaleur de combustion de 1 gramme de fibrine végétale est de 6,231 calories, et celle de 1 gramme d'urée de 2,537 calories.

culaire, par exemple, renferment, outre les parties que nous pouvons absorber, d'autres qui ne peuvent pénétrer dans l'organisme : tendons, noyaux, etc. L'aliment, au contraire, peut être absorbé, soit sans modification dans son état, soit après avoir été attaqué par les sucs digestifs.

Les principes alimentaires peuvent se diviser en deux classes, selon qu'ils sont organiques ou inorganiques.

Les principes organiques sont, ou azotés : albuminoïdes, gélatinigènes; ou non azotés : hydrates de carbone ou graisses neutres.

Les principes inorganiques sont les sels et l'eau.

Ces principes alimentaires, il importe de le remarquer, existent à la fois dans les aliments d'origine animale et dans ceux d'origine végétale; il n'y a donc pas de différences profondes entre les deux classes d'aliments.

I. *Substances albuminoïdes.* — Les principales substances albuminoïdes qui entrent dans l'alimentation sont : la fibrine, l'albumine, l'hémoglobine; le gluten, la légumine; la cocaïne. Toutes contiennent du carbone, de l'hydrogène, de l'oxygène, de l'azote et du soufre, toutes ne sont absorbées que si elles subissent de profondes modifications par l'action des sucs digestifs.

L'organisme ne peut se passer de matières albuminoïdes; elles peuvent suffire *théoriquement* à l'alimentation, mais alors il faut absorber 2,000 grammes de viande par jour (G. Sée).

Dans l'organisme, les substances albuminoïdes existent à l'état d'albumine fixée dans les tissus et d'albumine circulante (Voit) dans le sang des humeurs.

Cette dernière se détruit beaucoup plus facilement, ainsi que l'ont prouvé les expériences de Voit. Si on soumet au jeûne un organisme riche en azote, le corps élimine pendant les premiers jours cinq fois plus d'urée que plus tard; or, comme il ne diminue pas cinq fois plus de poids, on doit admettre que c'est l'albumine circulante qui s'élimine d'abord en grande quantité.

L'albumine alimentaire se fixe plus facilement quand on adjoint à l'alimentation des corps ternaires.

Les albuminoïdes formaient le type de l'aliment plastique de Liebig qui les regardait comme employés par le travail des muscles. Mais il est prouvé que ce travail augmente peu l'élimination de l'azote, tandis que celle de l'acide carbonique croît beaucoup. D'autre part, ces albuminoïdes peuvent fournir une partie de la graisse du corps et donnent une certaine quantité de chaleur par leur oxydation incomplète.

Certains alcaloïdes, tels que la *caféine*, le *théobromine*, jouent dans l'alimentation un rôle excitant spécial, car il semble bien qu'ils ne diminuent pas la destruction des substances albuminoïdes. On remarquera que ces alcaloïdes se rapprochent beaucoup de la xanthine qui a permis de les préparer artificiellement.

L'*asparagine*, qui ne renferme pas de soufre, paraît, chez les herbivores et les oiseaux, pouvoir remplacer une certaine quantité d'albumine (Weiske). On la trouve dans les asperges et d'autres végétaux.

II. *Substances gélatinigènes.* — Ce sont la chondrine, l'osséine, le collagène, etc., qui donnent, par l'ébullition, de la gélatine.

Le pouvoir nutritif de ces substances est très faible; cela se comprendra facilement si l'on admet avec Bunge qu'elles sont les produits d'un commencement de dédoublement et d'oxydation des substances albuminoïdes dans le corps. Quand on nourrit un animal avec de la gélatine (Voit), il élimine plus d'azote qu'il n'en absorbe; donc il vit de son propre corps. On avait cru, il y a déjà longtemps, que la gélatine était nutritive, et, de 1829 à 1840, des bouillons à la gélatine ont été distribués à l'hôpital Saint-Louis à 94,542 personnes. Un beau jour, une commission académique déclara que l'aliment n'avait aucune valeur.

Cependant les substances gélatinigènes ont un double rôle dans l'alimentation. En premier lieu, sous leur influence, l'organisme économise les albuminoïdes que l'on peut alors donner en quantité insuffisante (Voit). En second lieu, ces substances sont pepto-

gènes, c'est-à-dire qu'elles favorisent la production de la propepsine destinée à se transformer en pepsine. C'est ainsi qu'agit le bouillon ordinaire.

Lehmann a essayé de donner à des animaux, comme nourriture, un mélange de gélatine et de tyrosine; il a échoué complètement,

Le tissu élastique doit être distingué des substances gélatinigènes. Horbaczewsky a montré que le suc gastrique de l'homme l'attaquait.

III. *Hydrates de carbone.* — Les hydrates de carbone, amidon, sucres, gommes, sont, pour l'absorption, transformés en glucose par la salive, le suc pancréatique et le liquide des glandes de Brunner.

Dans l'organisme, la glycose fournit le glycogène et, finalement, est brûlée.

Peut-être peut-il y avoir formation directe de graisse aux dépens des hydrates de carbone. Il est plus probable que, comme l'admet Voit, ils favorisent le dédoublement d'une partie des albuminoïdes en graisse.

Les hydrates de carbone épargnent l'albumine. Ils fournissent de l'énergie au corps et, d'après les calculs de Bunge, sont à peu près équivalents, à ce point de vue, aux matières albuminoïdes. Ces corps semblent être la principale source d'énergie du muscle dans lequel le glycogène disparaît par le travail.

IV. *Graisses neutres.* — Elles sont absorbées en partie après simple émulsion, en partie après dédoublement. De même que le pancréas intervient dans la digestion des albuminoïdes et des hydrates de carbone, il joue aussi un grand rôle dans celle des graisses; c'est là une preuve, comme le dit M. Dujardin-Beaumetz, que l'homme est bien réellement un omnivore.

Les graisses diminuent la combustion des aliments azotés; de plus (G. Sée), l'équilibre s'établit facilement entre la recette et la dépense d'albuminates, même si l'entrée de ces derniers est très minime, dès qu'on y ajoute une certaine quantité de graisses. Lorsque l'on donne à un chien 1,200 grammes d'albumine par jour, il perd de son albumine fixée; avec 200 grammes de graisse et 500 grammes de viandes, l'équilibre est rapidement rétabli. Rübner a prouvé qu'il en était de même chez l'homme.

Les graisses étaient, pour Liebig, l'aliment calorigène et respiratoire par excellence.

La lécithine et la nucléine sont des substances organiques azotées, phosphorées, très répandues dans les tissus et qui jouent peut-être un rôle dans l'alimentation.

La lécithine est composée d'acides gras, de glycérine, d'acide phosphorique et de nucléine qui renferme l'azote. Elle existe dans le lait et doit se résorber et servir. La nucléine se rencontre aussi dans le lait, mais se trouve surtout, comme l'indique son nom, dans les noyaux; elle semble difficilement attaquable par le suc gastrique.

Il est probable que ces deux substances fournissent une grande partie du phosphore nécessaire à l'organisme.

V. Les sels ont un rôle secondaire, car ils ne mettent pas d'énergie en liberté.

Chez le jeune animal, d'après les expériences de Bunge, le rapport des sels inorganiques est à peu près le même dans le lait et dans l'ensemble de l'organisme. Le fer seul fait exception, et il y en a beaucoup moins dans le lait que dans le corps de l'animal nouveau-né. Cela tient à ce que ce dernier est très riche en fer, la quantité de ce corps diminuant à mesure que l'accroissement se fait.

Le chlorure de sodium est un des sels les plus importants. Chez les animaux, il semble activer la nutrition, mais n'augmente pas le poids. Les animaux privés de sel marin (Forster) meurent rapidement, mais cela tient probablement à ce que l'oxydation des matières albuminoïdes produit de l'acide sulfurique qui détruit les tissus. Si on donne (Lunin) assez de carbonate de soude pour neutraliser l'acide, la survie est plus longue, mais l'animal succombe cependant assez vite. Enfin, si on administre tous les sels contenus dans le lait, et dans la proportion où ils existent dans ce liquide, l'animal meurt dans le même temps que celui qui ne reçoit que du carbonate de soude. Cette expérience montre qu'il faut s'attacher à présenter à l'organisme les éléments tels que la nature les a préparés.

Les herbivores seuls ont réellement besoin d'un supplément de sel, mais non les carnivores. Les carnivores domestiques refusent la nourriture trop salée et les peuples vivant de nourriture animale rejettent le sel (Bunge). Si le sel est nécessaire aux herbivores, c'est que souvent leurs aliments renferment beaucoup de potasse. Cette potasse forme du chlorure de potassium et du carbonate de soude en réagissant sur le chlorure de sodium du sang et les premiers de ces corps étant éliminés par le rein, finalement, l'organisme s'appauvrit en sel.

Si on se nourrit exclusivement de pommes de terre, on absorbe 40 grammes de potasse par jour; il faut alors beaucoup de sel marin. Avec les céréales et les légumes, 1 à 2 grammes suffisent par jour. Si nous en prenons beaucoup plus, c'est que le sel agit comme condiment.

Les sels phosphatiques donnés directement passent dans l'urine ou ne sont pas absorbés. Ceux des végétaux se fixent et favorisent la formation des os et des dents.

Pour M. Dujardin-Beaumetz, les phosphates chimiques n'agissent guère qu'en régularisant les fonctions intestinales ou en introduisant des éléments acides dans l'estomac.

Un homme du poids de 70 kilogr. a dans son organisme 3 gr. 1 à 3 gr. 3 de fer, dont 2 gr. à 2 gr. 7 font partie de l'hémoglobine. Le fer existe dans les aliments à l'état de combinaison organique très notable (Bunge) et on ne sait pas encore si les sels de fer donnés comme médicaments sont résorbés.

Enfin, l'*eau* est absolument nécessaire à la constitution des tissus. De plus, elle élimine les produits de désassimilation, favorise la diffusion du gaz dans le poumon et modère, par son évaporation, la chaleur animale.

REVUE DES CLINIQUES

Gastralgie. — Gastrite chronique et ulcère simple, par M. le professeur Peter (1). — Messieurs, je voudrais vous entretenir aujourd'hui d'un malade, couché salle Laënnec, chez lequel nous avons déjà remarqué la douleur extrêmement vive de la région épigastrique, les vomissements pénibles et persistants, et la lente évolution de la maladie. Je vous avais fait comparer les symptômes extrêmement douloureux de cette affection gastrique avec les symptômes presque indolores d'un autre malade atteint de cancer de l'estomac. Je vous disais que dans l'épithélioma stomacal les douleurs pouvaient manquer et que lorsqu'elles survenaient, elles présentaient rarement l'intensité que nous trouvions chez ce malade. Le seul phénomène qui pouvait nous égarer, c'était une dilatation gastrique considérable.

Ce malade est mort. J'avais diagnostiqué un ulcère simple de l'estomac et les pièces de l'autopsie justifient complètement mon diagnostic et présentent, en outre, un enseignement précieux au point de vue de la pathogénie de l'ulcère simple.

Pour certains auteurs, l'ulcère simple serait le résultat d'une nécrose locale de la muqueuse stomacale due à une oblitération artérielle. Virchow supposait une embolie capillaire des artérioles de l'estomac, d'où, oblitération et nécrose consécutive, hémorrhagie et mort par anémie. Mais nos pièces nous prouvent que ce malade n'est pas mort de son ulcère simple. L'ulcération, du diamètre d'un gros œuf de pigeon, est complètement cicatrisée; de sorte que cet homme est mort guéri. Mais, si on examine la région voisine de l'ulcère, on constate un état mamelonné de la muqueuse et toutes les lésions de la gastrite chronique.

L'ulcération était complètement cicatrisée, mais la gastrite persistait, empêchant le malade de réparer ses forces et entraînant la mort par l'impossibilité de l'alimentation.

Nous découvrons, en effet, sur cette muqueuse les trois degrés de la gastrite. Dans la plus grande partie de l'estomac, nous trouvons à l'autopsie une injection de la muqueuse, témoignant de l'hyperhémie générale; puis, vers la petite courbure, la congestion persistante avait déterminé l'épaississement de la muqueuse avec aspect mamelonné, et

(1) Résumé d'après le *Bulletin médical.*

enfin, comme troisième degré d'inflammation, l'ulcération. C'est ce qu'avait bien vu Cruveilhier. L'ulcération simple est le résultat de l'inflammation chronique. C'est la gastrite chronique persistante qui se termine par la gastrite ulcéreuse. Il m'a été donné d'en voir deux exemples, à quinze ans de distance chez l'un, à vingt ans de distance chez l'autre; il s'agissait de deux malades qui avaient été soignés par mon illustre maître, Trousseau, pour une affection qu'il avait qualifiée de « gastralgie », simple affection nerveuse et douloureuse de l'estomac : c'était le début de la maladie. Quand l'un de ces malades vint me voir, bien longtemps après le commencement des accidents, il avait un ulcère de l'estomac, et il mourut d'une perforation de ce viscère, avec ouverture du diaphragme et de la plèvre, ce qu'on pourrait appeler un « hydropneumothorax par en bas ».

Le malade se plaint d'une « douleur à l'estomac » que nous qualifions de gastralgie, mais il est important de déterminer la cause de la douleur.

Dans bien des cas, il n'y a pas une simple douleur de l'estomac, il y a des troubles digestifs inflammatoires, de l'hyperhémie de la muqueuse, de l'hyperthermie locale, alors que dans la gastralgie purement nerveuse la température locale reste normale.

Dans bien des cas dits de gastralgie, vous verrez que vous avez affaire à une gastrite. C'est ce que vous observerez chez une femme couchée salle Trousseau. Cette femme est entachée de chlorose floride, elle n'a pas eu ses règles depuis dix mois.

Elle est venue à l'hôpital, se plaignant de douleurs très vives au creux épigastrique, avec sensation de brûlure. Elle vomissait les matières alimentaires qu'elle prenait, et des matières glaireuses quand elle était à jeun. Elle souffre après les repas, et de plus elle souffre plus longtemps, après le repas, quand l'estomac est vide, en dehors de l'acte digestif physiologique.

Nous avons cherché quelle était la qualité de son suc gastrique, et nous avons obtenu la réaction, par le procédé de Günsbourg, trois quarts d'heure après le repas. L'hyperchlorhydrie n'est pas douteuse. Chez cette malade, nerveuse, les fonctions digestives sont troublées par le système nerveux; c'est une nerveuse de l'estomac, comme de ses autres organes. Le suc gastrique, sécrété en trop grande abondance, attaque la muqueuse de l'estomac comme un aliment quaternaire, d'où la douleur de l'organe. Aussi faut-il le nourrir, ou bien neutraliser l'effet de l'acide chlorhydrique du suc gastrique par une petite dose de bicarbonate de soude que le malade ingère au moment de la crise douloureuse.

Cette corrosion, à la longue, provoque l'ulcération profonde, l'ulcération simple. C'est ce que vous observerez après les gastralgies de longue durée souvent liées à la chlorose, à l'aménorrhée, dénotant la profonde altération de l'organisme, une constitution défectueuse, ce que j'ai l'habitude de résumer en disant que ces malades sont des « ratées ».

Outre l'emploi du bicarbonate, vous obtiendrez les meilleurs résultats du lavage de l'estomac dans ces gastrites douloureuses. Mais vous ne ferez ces lavages que lorque vous aurez la certitude que l'ulcère simple n'est pas encore développé; ne vous avisez jamais de laver un estomac atteint d'ulcère simple avec tendance aux hématémèses, car vous pourriez provoquer une mort subite.

Dans le cas de gastrite chronique sans ulcérations, en introduisant un litre, un litre et demi de liquide dans l'estomac, la paroi stomacale se trouve distendue au maximum. Puis vous enlevez le liquide, et la paroi excitée revient sur elle-même avec vigueur; vous avez fait un « massage » bienfaisant, alors que ce pouvait être le contraire, si une ulcération avait existé, car alors vous pouviez dilater, puis faire se rompre des vaisseaux artériels et provoquer une hémorrhagie traumatique, pour ainsi dire. Outre ce massage, dans la gastrite avec hyperacidité, le lavage fait le déblayage de l'estomac, rejette des matières qui stagnaient dans le viscère, et empêche ainsi les fermentations. C'est là un effet très bienfaisant encore.

Ce lavage d'une muqueuse enflammée agit de plus comme une « douche ». On a conseillé, pour éviter les fermentations stomacales, de le faire avec une solution de 25 grammes de benzoate de soude par litre. Chez notre malade de la salle Trousseau, ce lavage a provoqué une cuisson très pénible et nous l'avons ensuite fait avec une solution à 4 p. 100

de bicarbonate de soude; puis avec de l'eau simple. Dans ces conditions les douleurs ont disparu et la région épigastrique n'est plus aussi sensible.

La preuve que c'est une gastrite est l'hyperhémie considérable révélée par l'hyperthermie. Une élévation de 1°,5 à 2° du creux épigastrique décèle souvent la gastrite, là où on ne soupçonnerait qu'une gastralgie nerveuse.

Voici l'histoire du début de la maladie : Il y a deux ans, le malade, alors en pleine santé, a été pris après ses repas de douleurs très vives durant deux ou trois heures, mais sans vomissements d'aliments ni de sang. Il fit, il y a un an, deux séjours à l'hôpital Necker sans amélioration. Il vomissait le lait qu'il prenait comme unique alimentation, en mars 1891, il a des vomissements de sang très abondants après ses repas. Il entre à l'hôpital le 26 avril, et nous sommes frappés de la douleur extrêmement vive qu'il ressent à la palpation du creux épigastrique. Dans la journée, il a des vomissements noirs comme de la suie. Les douleurs ne sont pas accompagnées du dégoût pour les viandes ou les graisses, comme dans le cancer, et ce début de la maladie n'allait pas avec l'idée de néoplasme stomacal. La température prise au creux épigastrique était 36°7 au lieu de 35°,5, alors que la température axillaire était restée normale. Il y avait donc hyperhémie gastrique, puisqu'il y avait hyperthermie.

Donc l'ulcère simple n'est pas une nécrose locale due à l'oblitération vasculaire, comme l'ont soutenu Virchow et les Allemands. La coagulation du sang dans les vaisseaux est un résultat de l'inflammation.

Comment expliquer ces élévations de température avec une simple oblitération vasculaire? la cessation de la circulation ne peut créer l'hyperthermie, il faut de l'hyperhémie pour faire l'hyperthermie. Comment expliquer encore l'hémorrhagie abondante avec la théorie de l'oblitération? l'oblitération vasculaire n'arrêterait-elle pas naturellement tout écoulement sanguin! Pour donner lieu à ces hématémèses profuses, il faut, au contraire, une véritable fluxion; et « là où plus de sang, plus de chaleur ».

Nous ne pouvons rien contre l'ulcère simple constitué, contre le fait réalisé, mais nous pouvons beaucoup contre l'acte inflammatoire.

Pour obtenir des guérisons complètes, il ne faut pas se contenter du régime lacté ou de bicarbonate de soude; il faut lutter contre l'acte inflammatoire, employer une médication contre-fluxionnaire, faire une révulsion prolongée par de petits vésicatoires.

J'ai vu avec M. le professeur Tardieu une dame polonaise dont la maladie avait commencé d'une façon très bizarre. Elle fut prise pendant quatre, cinq, six jours, après ses repas de besoins très pénibles d'aller à la selle. En même temps, douleurs atroces à la région épigastrique et s'irradiant au reste du ventre. On jetait chaque fois ces matières sans s'inquiéter de leur nature. Cette dame, qui résidait alors à Berlin, consulta enfin son médecin qui fit garder les selles et constata un mélæna caractéristique. Au lieu de saigner au dehors par une hématémèse, cette dame saignait dans son intestin, d'où diarrhée sanglante subite; elle n'en avait pas moins un ulcère simple.

M. Tardieu, pour ne pas effrayer la malade en prescrivant un cautère, fit appliquer une « mouche de Vienne » au creux de l'estomac. On nourrit la malade exclusivement avec du lait et de la viande crue. La malade soulagée put retourner à Vienne, mais elle emporta de la poudre de Vienne. Un an après, reprise de douleurs violentes, elle eut le courage de s'appliquer elle-même le cautère. La malade guérit et vit encore vingt-cinq ans après les accidents dont je vous parle quoiqu'elle ait conservé une certaine maigreur.

On a dit théoriquement et bien à tort dans certains livres classiques que ce ne sont pas toujours des hématèses rutilantes que l'on observe dans l'ulcère simple. On oppose les hémorrhagies noires du cancer, peu abondantes, dit-on, et qui ont le temps d'être digérées, aux hématémèses rouges et abondantes de l'ulcère simple expulsées très rapidement; mais qui ne voit que cela dépend du calibre du vaisseau ouvert? Gros vaisseau, hémorrhagie à grand fracas; petits vaisseaux, hémorrhagie par suintement.

Chez notre malade, les vomissements étaient noirs comme de la suie, ce qui tient à l'origine des hémorrhagies; notre homme est mort de « gastrite hémorrhagique »; ce n'était que des vaisseaux de calibre extrêmement petit qui étaient le siège de l'hémorrhagie, d'où la lenteur et la digestion possible du sang épanché.

La dilatation que vous observez sur cet estomac a aussi sa cause dans l'altération

de la muqueuse : la gastrite détermine la distension de l'estomac par le même mécanisme que l'inflammation de toute autre muqueuse qui paralyse la couche musculeuse sous-jacente.

La pièce anatomique nous explique cette teinte ictérique qui nous a fait rechercher, dès le premier jour, si le foie n'était pas atteint; vous voyez que l'ulcère stomacal cicatrisé a pour fond le tissu hépatique, il y a eu là un travail de sclérose, qui a intéressé un certain nombre de canaux hépatiques et amené une altération des fonctions biliaires.

J'ai voulu vous montrer que l'ulcère simple n'est pas une maladie proprement dite « une maladie en soi » mais plutôt l'accident éventuel d'une gastrite de longue durée, que nous devons enrayer à sa première période.

En route, je vous ai indiqué le mécanisme de l'ulcération et les moyens à opposer à l'hyperhémie, à la fluxion de la gastrite par le bicarbonate de soude, les lavages de l'estomac et la révulsion à l'épigastre longtemps prolongée.

REVUE DES JOURNAUX

Recherches sur les processus chimiques dans l'intestin grêle de l'homme, par les docteurs A. Macfadyen, Nencki et Lieber (*Archiv. f. exp. Pathol. u. Pharm.*, 1891. Bd. 28, p. 311.) — Résumé d'expériences faites sur une malade atteinte de fistule de la partie la plus basse de l'intestin grêle.

L'écoulement du chyme de l'intestin est constant. Il tombe au minimum pendant les heures de nuit. La réaction du contenu de l'intestin grêle, de couleur jaune, inodore, même avec une diète albumineuse, est acide à l'état normal. Cette acidité est causée par des acides organiques, et surtout par de l'acide acétique. On trouve dans ce contenu, outre d'autres produits, de l'albumine, de la dextrine et de la dextrose. Au contraire, les produits ultimes de la putréfaction de l'albumine manquent complètement.

Les examens bactériologiques montrèrent qu'avec le changement d'alimentation, des microbes tout différents prédominent. Sept des plus fréquents furent choisis et étudiés morphologiquement et physiologiquement.

Il résulte de ces recherches que, dans les conditions normales, dans l'intestin grêle de l'homme, l'albumine n'est pas, en général, décomposée par les microbes, ou qu'elle ne l'est que par exception et en très faible quantité. Les microbes qui se trouvent dans l'intestin décomposent de préférence les hydrocarbures en formant de l'alcool éthylique, des acides lactique, acétique, succinique.

La cause pour laquelle la décomposition de l'albumine par les microbes n'a pas lieu dans l'intestin grêle, de sorte que la production d'indican, de phénol, de skatol, d'acide sulfhydrique, de méthylmercaptan, etc., n'a lieu que dans le gros intestin, réside dans la réaction acide du contenu de l'intestin grêle.

La malade vécut six mois avec sa fistule, qui empêchait toute digestion intestinale; elle augmenta de poids. Ces faits sont importants, car, comme c'est seulement dans le gros intestin qu'il se fait une décomposition notable de l'albumine par les microbes (lequel gros intestin était hors de cause dans le cas actuel), il en résulte que les aliments sont transformés sans l'intervention des microbes et uniquement par les sucs digestifs de la façon qui est nécessaire pour le bon entretien de la vie. — P. N.

De l'examen et de la diététique des femmes enceintes et nouvellement accouchées, par le docteur Landau. (*Berlin. klinische Woch.*, 1890, n° 33.) — Doit-on, par une diététique spéciale, préparer l'acte de l'accouchement chez les femmes grosses? Les classiques disent non. Ernst Brand défend tout ce qui peut favoriser l'accumulation de graisse, par conséquent le sucre, les aliments farineux et gras.

Chez les femmes grosses, à filière génitale étroite, peut-on, par une diététique spéciale, exercer une influence sur le développement du fœtus? Prochownik (*Centralblatt für Gynecol.*, XIII, p. 577, 1889) l'a essayé dans trois cas avec succès, au lieu de recourir à l'accouchement prématuré artificiel. Les trois enfants se portent encore bien. La diète

prescrite par Prochownik se rapproche de celle des diabétiques, sauf la limitation étroite des boissons.

En tout cas, il faut être prudent dans la prescription de cette diététique, parce qu'on connaît les accidents produits parfois par les cures de réduction chez les adultes. — P. N.

Affection rétro-nasale aiguë avec phénomènes typhoïdes, par Carl Laker. (*Wiener med. Presse*, 1890, n°s 17-18.) — Après un refroidissement, il se produisit chez un malade un état typhoïde, de la diarrhée avec ventre ballonné, une fièvre continue. Rien à la gorge. Au bout de quelques jours, au contraire, on trouvait une forte inflammation de la gorge et des fosses nasales qui étaient remplies de croûtes. Après un lavage complet des fosses nasales, la température tomba au bout de quelques heures à la normale. L'état subjectif devint bon, de sorte qu'on fut tenté d'admettre que toute l'affection d'apparence typhique reposait sur une maladie rétro-nasale.

Les sécrétions et les croûtes furent soumises à un examen bactériologique, et on y trouva un bacille court, épais. Les inoculations réussirent chez les souris, qui succombèrent en peu de jours à des phénomènes graves. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 juillet 1891. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : Les plaies pénétrantes de l'abdomen par coups de couteau. Laparotomie exploratrice et curative. — Salpingorrhaphie.

M. Reclus rapporte deux observations de plaies pénétrantes de l'abdomen par coup de couteau, diagnostiquées par la sortie de l'épiploon. On n'employa que le traitement médical, et les malades guérirent. M. Reclus a réuni un assez grand nombre de plaies pénétrantes de l'abdomen par coups de couteau, dans lesquelles le traitement chirurgical n'a pas été employé. Le nombre des morts est très minime.

Chez un malade de M. Routier, il s'était fait, à la suite du coup de couteau, un énorme épanchement sanguin dans le péritoine; l'hémorrhagie aurait entraîné la mort si la laparotomie n'avait pas été faite.

M. Terrier donne lecture de deux observations nouvelles. Dans le premier cas, un peu d'épiploon sortait par la plaie abdominale; il fut réséqué et l'on sutura la plaie; la malade mourut et l'on trouva une perforation de l'intestin grêle. La laparotomie pouvait seule offrir quelques chances de succès. Le malade, dans le second cas, avait déjà des symptômes de péritonite lorsqu'on lui fit la laparotomie; après résection d'un fragment d'épiploon hernié et enlèvement d'un caillot, le malade guérit. M. Terrier conseille de faire la laparotomie médiane lorsque l'on se trouve en présence d'une plaie pénétrante de l'abdomen.

M. Jalaguier partage l'avis de M. Terrier. Il a fait la laparotomie chez un blessé et a trouvé une plaie du cœcum avec péritonite; cependant la lésion n'avait été faite que quatre heures plus tôt et il n'y avait pas de fièvre. L'opéré succomba à une hémorrhagie qui se fit par une plaie de la partie postérieure du cœcum restée inaperçue. On doit intervenir le plus tôt possible dans les plaies de l'abdomen par coup de couteau.

Pour M. Reclus, les observations de M. Terrier ne sont pas démonstratives et les malades peuvent guérir sans intervention chirurgicale, même lorsqu'ils ont eu de la péritonite. En résumé, il est préférable de s'abstenir quand il n'y a pas d'accident.

— M. Richelot rapporte des observations dans lesquelles la *laparotomie exploratrice est devenue curative dans des adhérences pelviennes*, sans que l'on ait pu détruire ces adhérences. (Voyez l'*Union médicale*, n° 91.)

M. Pozzi attribue les résultats de M. Richelot à ce que l'intervention exerce une sorte

de révulsion; l'amélioration que produit l'ouverture du ventre se voit même dans des cas d'ascite symptomatique de néoplasmes.

M. Routier cite deux cas où il s'agissait de fibromes utérins. Les fibromes ne purent être enlevés et on dut se borner à faire l'ablation de petites tumeurs pédiculées. Les malades guérirent complètement.

M. Monod pense que les douleurs tiennent à des adhérences épiploïques que l'incision détruit. Dans un cas, où on avait fait la castration pour un fibrome, il persista des douleurs très vives; une nouvelle laparotomie fut faite pour détruire des adhérences à la paroi abdominale, diagnostiquées par M. Périer, et la malade guérit.

Pour M. Routier, la laparotomie, qui évacue l'ascite, donne d'assez bons résultats, même dans les tumeurs malignes.

M. Terrier rappelle une observation de M. Nicaise, qui concerne une femme laparotomisée il y a treize ans pour une tumeur végétante; actuellement, la malade vit encore.

M. Marchand a vu des adhérences anciennes disparaître après une simple laparotomie.

M. Richelot n'a jamais obtenu que des résultats temporaires par la laparotomie lors de cancers abdominaux; les douleurs peuvent cesser lors d'adhérences pelviennes, sans que l'on détruise aucune adhérence. Il faut préférer l'incision à la ponction qui agit en aveugle.

— M. Pozzi pense que, lors de lésion partielle des ovaires, on peut se borner à faire l'ablation des parties malades. Il a agi ainsi dans deux cas où il n'y avait que de très petits kystes; il a fait une fois la salpingorrhagie, en suturant la trompe à l'ovaire.

— M. Monod montre une nouvelle aiguille inventée par M. Artus.

— M. Marchand présente des malades atteints d'ulcère de jambe, auxquels M. Berger a fait des greffes par la méthode italienne. Il présente aussi une malade à laquelle il a fait la taille rénale pour calculs du bassinet.

De quelques nouvelles médications.

Potion a l'iodure de potassium et au chlorate de potasse, par Ed. Sohet. (*Répertoire de pharmacie*, 1891).

M. E. Sohet, ayant eu à préparer la potion suivante :

Iodure de potassium	4 grammes.
Chlorate de potasse	6 —
Sirop de narcéine	50 —
Eau distillée	200 —

remarqua, au bout de plusieurs heures, que le liquide, limpide et incolore dans le principe, commençait à se troubler et à prendre une teinte légèrement jaunâtre qui finit par devenir brune.

En réfléchissant à ce qui avait pu produire ce phénomène, M. Sohet pensa que l'acide chlorhydrique, qui entre dans la préparation du sirop de narcéine, pouvait être le coupable.

Songeant alors aux conséquences que pouvait avoir sur l'organisme l'absorption simultanée de l'iodure de potassium et du chlorate de potasse, en présence de l'acide du suc gastrique, M. Sohet refit une solution de ces deux sels, à laquelle il ajouta quelques gouttes d'acide chlorhydrique et d'acide lactique. Le liquide devint rapidement brun, et il se dégagea une odeur de chlore.

Rien de semblable ne se produisit en opérant de la même façon sur des solutions contenant seulement l'un ou l'autre des deux sels.

D'après M. Sohet, l'iode mis en liberté par les acides décompose le chlorate de potasse, avec dégagement de chlore et formation d'iodate, d'où l'odeur perçue et la coloration

brune du liquide. Le papier amidonné, mouillé d'une goutte de la solution, devient immédiatement bleu.

M. Sohet conclut donc à l'incompatibilité de l'iodure de potassium et du chlorate de potasse; il considère même comme dangereuse l'association de ces deux sels qui donne lieu à l'iodate de potasse, sel éminemment toxique.

Ayant eu la curiosité de rechercher si quelque auteur avait déjà signalé cette incompatibilité, M. Sohet a constaté que Melsens, l'illustre professeur de chimie à l'Ecole vétérinaire de Bruxelles, avait lu à l'Académie de médecine un rapport, dans lequel il avait établi qu'il était possible de tuer un chien en lui administrant un mélange d'iodure de potassium et de chlorate de potasse contenant de 40 à 60 centigrammes de chacun de ces deux sels. — P. N.

FORMULAIRE

Solutions contre l'hypertrophie des ganglions lymphatiques. Tordeus.

1° Teinture d'iode.......................... } ââ 10 grammes.
Teinture de noix de Galle................ }

Mêlez.

2° Iode..	0 gr. 50 centigr.
Iodure de potassium............................	2 grammes.
Glycérine	30 —

Faites dissoudre. — Avec un pinceau trempé dans l'une ou l'autre de ces solutions, on badigeonne deux fois par jour les ganglions lymphatiques hypertrophiés. — N. G.

COURRIER

Par décret, en date du 27 juillet 1891, la chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, de l'Ecole de médecine de Clermont est supprimée.

Il est créé à cette Ecole de Clermont une chaire de clinique obstétricale et gynécologie.

— Par arrêté ministériel, en date du 24 juillet 1891, sont nommés :

Officiers d'Académie. — M. Leroy, docteur en médecine à Amiens; M. Dewailly, médecin, adjoint au maire de Nouvion-en-Ponthieu.

— Le docteur Gros-Fillay, de Nonancourt (Eure), demande un étudiant ayant passé ses examens de doctorat ou un jeune docteur pour le REMPLACER DU 16 AU 25 AOÛT; lui écrire directement.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

Congrès de la tuberculose. — Sérum de chien ou sang de chèvre.

La base du traitement de la tuberculose par les injections de sérum de chien ou de sang de chèvre était, on se le rappelle, la suivante : le sang de ces animaux, réfractaires à la tuberculose, renferme une substance qui, injectée à des espèces tuberculisables, l'espèce humaine entre autres, les rend elles-mêmes réfractaires à la tuberculose. D'une manière générale, cette base est solide, en ce sens que la chèvre et le chien sont le plus souvent réfractaires à la tuberculose. Souvent, mais non toujours, car nous avons déjà rapporté un cas dans lequel une chèvre, dont le sang devait servir à injecter un phthisique, fut reconnue tuberculeuse à l'autopsie. De plus, ces jours derniers, M. G. Colin a communiqué à l'Académie des sciences un fait d'inoculabilité de la tuberculose à la chèvre, et M. Chantemesse a présenté, au Congrès, un cas de tuberculose spontanée du chien. Donc, la chèvre et le chien peuvent contracter la tuberculose, moins que les autres espèces animales, mais d'une manière incontestable, toutefois.

Cela diminue-t-il la valeur des expériences de MM. Ch. Richet et Héri-

FEUILLETON

CAUSERIE

Je n'apprendrai à aucun de vous, chers lecteurs, qui est Daviel, vous le connaissez depuis le jour où vous avez étudié le traitement de la cataracte, et vous savez que c'est lui qui a inventé la méthode de l'extraction; d'ailleurs, sa réputation était déjà telle de son temps que Diderot écrivait : « Qui n'a pas connu ou entendu parler de Daviel? » On aurait pu lui écrire, comme à Boerhaave : « A Daviel, en Europe. »

Cependant, ce grand homme, malgré sa réputation au XVIII[e] siècle, car il a vécu de 1693 à 1762, n'avait pas encore de statue. Les ophthalmologistes de notre temps ont jugé qu'il était grand temps de combler cette lacune; un comité de souscription s'est formé sous la présidence de M. le professeur Panas et bientôt la statue fut fondue. On vient de procéder à son érection dans la ville de Bernay, lieu de naissance du grand oculiste.

Cette cérémonie, imposante, car elle réunit tout ce que le département compte d'illustrations, et de plus de nombreux chirurgiens venus de divers points de la France, eut lieu le dimanche 27 juillet.

Sur l'estrade élevée près de la statue avaient pris place le préfet de l'Eure, qui présidait, les notabilités de la ville et du département, et, en outre, M. le professeur

court, de MM. Bertin, Picq, Bernheim? Non, assurément, mais cela diminue peut-être l'importance qu'on a voulu aussitôt attacher à cette méthode dans la thérapeutique de la tuberculose. Nous avons signalé déjà les résultats obtenus dans de précédents articles; nous n'avons que peu de chose à ajouter à ce que nous en avons dit.

M. Héricourt a indiqué plus nettement les résultats obtenus déjà par la méthode des injections de sérum de chien et l'espoir qu'on peut fonder sur elle. Le traitement est tout à fait inoffensif, sans réaction locale ; jamais d'abcès malgré la tuméfaction. Un phénomène fréquent est la production d'une urticaire plus ou moins généralisée durant de quelques heures à deux jours. Quelquefois la fièvre des tuberculeux fébricitants augmente sous l'influence des injections; c'est là la seule contre-indication. Les résultats thérapeutiques obtenus sur une cinquantaine d'observations sont les suivants : dans un premier groupe (troisième degré), les injections n'ont eu aucune action ni en bien ni en mal; dans un second groupe (lupus, phthisie laryngée; deuxième degré), il y a eu une amélioration considérable.

L'effet le plus frappant a été le relèvement des fonctions digestives, comme l'a constaté aussi M. Vidal (d'Hyères) et MM. Verneuil, A. Fournier, etc. Le résultat immédiat de la médication était comme un coup de fouet donné à la nutrition. Retour accentué des forces, engraissement, disparition des sueurs.

Au polnt de vue local, l'amélioration n'a pas été aussi considérable, mais les cavités se séchaient un peu, l'expectoration devenait muqueuse; les bacilles persistaient. Dans plusieurs cas de phthisie laryngée, les ulcérations des cordes vocales se cicatrisèrent, alors que ce résultat n'avait pu être obtenu par aucun autre traitement. Chez les lupiques, les tissus se décongestionnaient, et, dans 3 cas sur 7, la cicatrisation s'est faite en partie. Quant à l'action antibacillaire, le sérum de sang de chien ne paraît pas la posséder; il semble plutôt agir comme un excitant spécial de la nutrition.

Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, délégué par le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts; le professeur Panas; le docteur Horteloup, président de la Société de chirurgie; Gayet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Javal; Galezowski; Chavernac (d'Aix); Gauran; Lainey et Cerné (de Rouen). La famille de Daviel était représentée par M. Alfred Daviel, avoué à Rouen, Mme Daviel et leur fils Jacques, et Mme Daviel mère.

L'*Avenir de Bernay*, qui rend compte très longuement de la cérémonie, nous donne la description suivante de la statue : « Elle est en bronze vert antique; elle a été fondue dans les ateliers de Thiébault, à Paris, et exposée au Salon des Champs-Elysées, où elle a été fort remarquée. Le sculpteur Alphonse Guilloux a représenté Jacques Daviel avec le long habit carré de la bourgeoisie du XVIIIe siècle, dont les larges basques, ouvertes sur le gilet, laissent apparaître les jambes fines enserrées dans la culotte courte et les bas de soie. Le chirurgien s'apprête à tenter l'opération de la cataracte sur une tête morte reposant dans un bassin porté par une console à pied droit cannelé. Daviel, de la main gauche, avec un geste très caractéristique, et qui doit être la position très spéciale de l'opérateur, ouvre l'œil de la tête morte et, de la main droite, tient l'aiguille tranchante, avec laquelle il va pratiquer l'opération. La tête de Daviel un peu abaissée, dans une attitude méditative, est d'une expression réfléchie très intense. On sent dans toute son attitude, dans l'attention du regard, la réflexion étudiée et la hardiesse de celui dont son protecteur, M. de Joyeuse, disait que tous les cadavres des hôpitaux de Marseille ne suffiraient pas à ses études. Cette figure bien posée, largement exécutée, com-

C'est cette action que M. Pinard a invoquée pour pratiquer ces injections chez les enfants débiles, nés avant terme de mères arrivées à la dernière période de la cachexie tuberculose et ayant succombé peu de jours après l'accouchement. Ces enfants n'ont pu être suivis pendant un temps suffisant pour qu'on puisse tirer aucune conclusion relative à la guérison de la tuberculose, mais l'action immédiate sur l'état général de ces enfants a été rapide; leur augmentation de poids a été très manifeste; aussi, M. Pinard n'hésite-t-il pas à conseiller ces injections, à la dose de 1 à 2 centimètres cubes, chez tous les nouveau-nés atteints de faiblesse congénitale.

Un autre excellent résultat des injections de sérum de chien a été signalé par M. Kirmisson. Chez une petite fille de 4 ans, atteinte de péritonite tuberculeuse avec ascite, la laparotomie suivie d'un lavage avec une solution boriquée n'empêcha pas la reproduction du liquide; mais celui-ci disparut après quelques injections de sérum de chien, et la guérison de l'enfant, présenté au Congrès, semble parfaite.

M. Semmola (de Naples), qui depuis douze ans traite la tuberculose, avec de bons résultats, par l'iodoforme à dose de 2 centigrammes par heure, par la voie stomacale, a été, lui aussi, séduit par les recherches de MM. Richet et Héricourt, et surtout par leur base expérimentale, qui lui a semblé plus simple et plus logique que les points de départ ordinaires dans de pareilles expériences. Il a combiné au traitement iodoformé les injections d'hémocyne et déclare avoir obtenu des améliorations notables dans les formes moyennes de la phthisie; les crachats diminuent et contiennent moins de bacilles; l'appétit renaît.

M. le professeur Semmola, qui un des premiers a combattu vivement la méthode de Koch et qui ne perd pas une occasion d'affirmer sa sympathie pour la science française (on sait que M. Semmola est sénateur du royaume d'Italie), a terminé sa communication par une phrase qui a soulevé d'unanimes applaudissements.

« Dans l'histoire de la tuberculose, a-t-il dit, on trouve à la première page le nom immortel de Villemin; je souhaite de tout mon cœur que sur

posée avec un sens artistique de l'arrangement décoratif, fait honneur à M. Alphonse Guilloux.

De nombreux discours ont été prononcés dans cette cérémonie : par M. le professeur Panas, président du Comité Daviel; par M. Daviel, qui a remercié le Comité et les souscripteurs; par M. Puel, maire de Bernay; par M. le professeur Brouardel; par M. Lerenard-Lavallée, juge au Tribunal civil de Bernay, vice-président de la Société libre d'agriculture de l'Eure, qui a rappelé la place prise par ladite section à cette grande manifestation de la reconnaissance publique; enfin, par M. le docteur Chavernac (d'Aix), qui, au nom de la Provence, a loué l'admirable dévouement de Daviel pendant la peste de Marseille.

Nous trouvons dans tous ces discours les éléments d'une courte biographie de Daviel.

Il commença l'étude de la médecine sous l'œil protecteur de son oncle, vieux praticien de Rouen; en quelques mois, l'élève dépassa le maître et la famille se décida à l'envoyer à Paris. Il travaillait assidument pour gagner la maîtrise lorsqu'éclata la peste de Marseille. A peine déclaré, le fléau se répandit avec fureur; en peu de jours, tous les quartiers de la ville furent contaminés et, en quelques mois, toutes les villes de la Provence. Les victimes furent si nombreuses que bientôt les secours vinrent à manquer; beaucoup de médecins avaient succombé à la peine.

Une circulaire, affichée dans les Ecoles de médecine de Paris et de Montpellier, demandait des volontaires pour aller secourir les pestiférés provençaux. Daviel fut un des premiers à s'inscrire et, avec une vingtaine de camarades ou de maîtres chirurgiens, partit

la dernière, après la démonstration de la transmissibilité, la médecine française puisse inscrire avec la même rigueur scientifique la démonstration expérimentale et clinique de la curabilité de la tuberculose. »

Les expériences faites avec le sang de chèvre ont donné des résultats moins brillants.

MM. Bertin et Picq (de Nantes) pratiquent des injections sous-cutanées ou intra-musculaires, qui peuvent être répétées tous les dix ou quinze jours, à la dose de 10 à 15 grammes. Jamais d'accidents sérieux n'ont été constatés à la suite des injections. Il se produit quelquefois de la douleur, mais elle disparaît rapidement. La tuméfaction dépend de la quantité de sang injecté, mais avec 15 centimètres cubes, et en ayant soin de ne pas injecter toujours dans la même région, elle est très légère. Il survient quelquefois une urticaire assez violente, qui doit être attribuée aux toxines et qui disparaît en quarante-huit heures; elle survient dans la proportion de 50 à 60 p. 100. Sur 110 malades ayant reçu 314 injections, il s'est produit 10 abcès.

Dans la phthisie laryngée, les résultats ont été nuls; dans les cas de cavernes, il y a eu quelques améliorations; mais, le plus souvent, l'état est resté stationnaire et on n'a constaté qu'une guérison. Dans la bronchite tuberculeuse, les craquements ont disparu et l'état général est devenu meilleur.

Sur quatre observations de granulie aiguë, il y a eu trois morts et une très grande amélioration.

Quant aux tuberculoses externes, elles ont presque toutes subi une grande amélioration.

M. Bernheim emploie la transfusion directe de la carotide de la chèvre à la veine céphalique de l'homme. Cette méthode n'est pas absolument innocente, puisqu'un malade, cachectique, il est vrai, n'a pas eu le temps de recevoir 20 grammes de sang de chèvre; il fut pris de syncope mortelle.

Voici les autres résultats obtenus : sept malades, atteints de la tuberculose au premier degré ou au commencement du second degré, peuvent être

---

pour Marseille. On l'envoya où le fléau sévissait avec le plus de violence; en six mois, on le trouve successivement à Marseille, Digne, Toulon, Salon. Nous avons, pour apprécier cette phase héroïque de sa vie, le témoignage de reconnaissance donné par ceux qui furent ses témoins journaliers; les échevins de Marseille accordèrent à ce chirurgien du Nord des lettres de maîtrise, sans lui faire subir les examens prescrits par les statuts corporatifs; Marseille fit plus, elle lui ouvrit ses hôpitaux et, pendant quinze ans, Daviel professa l'anatomie et la chirurgie, préparant ainsi les travaux qui devaient illustrer son nom. Le roi lui avait envoyé, comme témoignage de reconnaissance, une décoration à l'effigie de Saint-Roch, avec cette devise : « *Pro jugata peste.* » Heureuse devise, car le triomphe de Daviel et de ses collègues a survécu à leur dévouement, et, depuis un siècle et demi, la peste n'a pas reparu en France.

L'épidémie terminée, Daviel reçut l'ordre de rester quelques mois encore à Marseille; il ne demandait pas mieux; un sentiment intime le retenait au rivage et lui faisait oublier sa chère Normandie. Dès son arrivée dans la cité de Craponne, il s'était lié d'amitié avec le chirurgien Félix, père de deux ravissantes créatures. Marie, la cadette, fut atteinte de la peste et mourut le 23 septembre, à l'âge de 18 ans. Daviel l'avait soignée à l'infirmerie Saint-Roch avec une touchante sollicitude, une affectueuse assiduité qui avait ému toute la famille, et plus particulièrement la fille aînée, Annette. Les heures de douleur passées au chevet de la malade avaient engendré la sympathie entre les jeunes gens; l'affection suivit naturellement, l'amour ensuite, et, le 19 avril 1722, le dévouement et la reconnaissance s'unirent par le lien conjugal.

considérés comme guéris, puisque les symptômes de percussion et d'auscultation ont disparu, puisque l'état général est très satisfaisant et qu'on ne découvre plus, depuis trois mois, aucune trace de bacilles dans leurs crachats. Chez quatre autres malades, il y a eu une amélioration très sensible dans l'état général et l'état local, mais on trouve toujours des bacilles dans leur expectoration. Enfin, deux autres phthisiques, améliorés d'abord par la transfusion, sont retombés ensuite pour succomber quelques semaines après la dernière séance.

En résumé, les résultats fournis par les injections de sérum de chien semblent supérieurs à ceux des injections ou transfusions de sang de chèvre, et ces injections paraissent plus faciles à pratiquer et plus innocentes. Nous donnerons plus tard notre opinion sur le rang qu'elles doivent occuper dans le traitement de la tuberculose. Mais nous tenons à faire remarquer, dès maintenant, que le sang de chien n'a pas les propriétés nocives que lui attribue M. Bernheim, et que l'injection de son sérum est incapable d'exposer à contracter la rage. Le sang des rabiques, comme l'a fait observer M. Nocard, n'est nullement virulent.

REVUE DE MÉDECINE

Le rétrécissement mitral.

Un certain nombre de travaux intéressants ont été récemment publiés relativement au rétrécissement mitral et mettent en lumière certains points peu connus de l'histoire du rétrécissement pur qui, comme on le sait, a été décrit pour la première fois, par M. Duroziez, en 1877.

I

M. Potain (*Journal de médecine,* juin 1891), sur 35 cas de rétrécissement pur, a trouvé 9 fois la tuberculose concomitante. Dans ces cas, et ils ont été vérifiés anatomiquement,

---

Lors de la création des démonstrateurs royaux en 1724, Daviel fut un des premiers nommés par le roi sur la présentation de Mareschal. Il fut donc le premier professeur officiel d'anatomie dans la ville de Marseille. Il n'eut d'abord à sa disposition qu'un local insuffisant et sombre, placé dans l'hôpital à côté de la salle des hommes, au mépris de toutes les règles de l'hygiène.

Le jeune anatomiste s'en était expliqué plusieurs fois avec l'administration hospitalière qui était toujours restée sourde à ses bonnes raisons et à ses pressantes sollicitations. A bout de ressources et aiguillonné par les nécessités de son enseignement, Daviel proposa alors aux administrateurs d'ériger un amphithéâtre à ses frais. Cette fois l'argument fut irrésistible. C'est alors qu'il se mit avec ardeur au travail, et que, d'humble anatomiste, il devint un oculiste de premier ordre. Il légua, à la chirurgie, la classique extraction à lambeau qu'il avait créée de toutes pièces sans autre secours que son génie. Ce qui a fait sa supériorité, c'est sa patience d'observation, son énorme puissance de travail, sa ténacité et son ardeur infatigable à se rendre utile.

Notre illustre confrère alla mourir en Suisse. M. le docteur Haltenhoff a été l'initiateur du mouvement qui a rappelé l'attention sur Daviel en lui faisant élever un monument dans le cimetière du Grand-Sacconex; Bernay a suivi cet exemple, et aujourd'hui finit l'éclipse infligée aux mânes de Daviel dont la gloire ainsi rajeunie n'en sortira que plus radieuse.

Le discours le plus applaudi a été celui de M. le docteur Chavernac, dont la verve méridionale a su réveiller les Normands de leur flegme. « C'était à croire que le soleil

la tuberculose existait sous des apparences diverses, mais la forme fibreuse ou crétacée était la plus commune; il n'y avait pas de graves lésions ni de ramollissement.

Dans toutes les observations, le rétrécissement était notable et la lésion cardiaque semblait en voie d'évolution, tandis qu'au contraire la tuberculose semblait enrayée ou en partie guérie. Il est donc très probable que, chez ces malades, la tuberculose pulmonaire est le fait primitif.

Quelle est l'influence réciproque des deux lésions? On peut supposer que, par suite même de l'état tuberculeux, il y a chez les malades une susceptibilité particulière de l'endocarde qui en rend l'inflammation plus facile. Ce seraient là de vraies endocardites infectieuses se rattachant à une affection chronique tuberculeuse, sans que l'on puisse affirmer cependant que la lésion endocardique soit elle-même tuberculeuse.

Cette lésion une fois produite, il s'établit une sorte d'antagonisme entre les deux maladies, car l'affection cardiaque tend à arrêter la tuberculose, parce que les stases pulmonaires ne sont pas favorables à son développement. On sait que c'est dans les lésions cardiaques provoquant l'ischémie du poumon, comme le rétrécissement de l'artère pulmonaire, que l'on voit survenir les graves lésions de la tuberculose.

Lorsque le rétrécissement mitral est assez accentué pour produire ses effets, le processus pulmonaire semble s'enrayer, et on a sous les yeux un tableau symptomatique dont les traits sont toujours à peu près les mêmes; les malades sont presque toujours des femmes, issues de souche tuberculeuse, qui, dans leur adolescence, passent pour des chlorotiques et restent en suspicion de tuberculose. En réalité, elles sont à la première période de cette maladie, puis la lésion cardiaque se produit; elle s'accentue peu à peu, tandis que les phénomènes de tuberculose s'atténuent et les malades finissent par succomber dans l'asystolie. On voit ces faits se reproduire si souvent que l'on peut en conclure que le rétrécissement mitral, si particulier dans sa marche, si différent dans son aspect clinique des autres lésions cardiaques, n'est qu'une manifestation particulière de la tuberculose, directe ou indirecte.

Le rétrécissement, dans sa première période, serait donc plutôt justiciable d'une médication antituberculeuse, s'il en existait une, que de toute autre. Mais la lésion une fois produite, l'art de la soigner consiste à adapter l'activité du malade à l'état d'insuffisance de son organe.

L'exercice trop actif, la gymnastique, que les Allemands érigent en méthode générale dans les cardiopathies, sont donc contre-indiqués ici. Ce qu'il faut tout d'abord, c'est combattre la tuberculose pulmonaire qui, bien qu'enrayée, peut encore avoir une cer-

---

de Bernay avait fait prendre le change à l'orateur, comme le dit un de ses voisins. — Allons donc, répondit-il, ce soleil-là ne vaut pas la lune de Marseille! »

Que ce soit le mot de la fin. SIMPLISSIME.

POTION CONTRE LES CONVULSIONS. — J. Simon.

Bromure de potassium	2 grammes.
Hydrolat de laurier-cerise	15 —
Hydrolat de fleurs d'oranger	100 —
Ether sulfurique	V à X gouttes.
Sirop simple	30 grammes.

F. s. a. — une potion, dont on donnera 8 à 10 cuillerées à café par jour aux enfants atteints de convulsions. — N. G.

LINIMENT CONTRE LES CREVASSES DU MAMELON. — Soarff.

Baume du Pérou	ââ 2 grammes.
Teinture d'arnica	ââ 2 grammes.
Huile d'amandes douces	30 —
Eau de chaux	15 —

Mêlez. — Pour onctions sur les gerçures du mamelon, chaque fois que l'enfant a fini de têter. — N. G.

taine influence sur le cœur. Puis on soumettra le malade à une hygiène qui peut être exprimée dans la formule suivante : laisser le patient à l'air, dans la tranquillité, en le faisant séjourner dans un climat doux où il n'aura pas d'efforts musculaires à faire.

La médication arsenicale et iodurée peut aussi avoir quelque utilité; malheureusement, on ne doit pas avoir d'illusion sur le résultat et le rétrécissement mitral n'est pas compatible avec une vie très longue. Cependant, chez les femmes, M. Duroziez a recueilli 28 cas de 15 à 35 ans, 16 cas de 36 à 55 ans, 1 cas à 57 ans. Les malades dépassent rarement 50 ans, 3 fois sur 45 cas.

II

M. le docteur Perret (de Lyon) a attiré l'attention sur certaines particularités symptomatiques du rétrécissement mitral dont la constatation peut être utile pour le diagnostic.

Il y a d'abord des caractères particuliers du pouls. La pulsation est hésitante, prolongée; on dirait que l'ondée sanguine apporte jusqu'au doigt l'impression de l'effort qu'exercent le cœur et le sang pour relever les valves indurées de la mitrale. Cette manière d'être du pouls n'est malheureusement pas constante; sur 19 observations, M. Perret l'a constatée 11 fois (*Province médicale*, 1889, 27). Ce n'est pas dans les circonstances où le pouls est accéléré, rapide, que le phénomène se montre; il est, au contraire, en rapport avec une fréquence normale et n'est jamais plus accusé que quand le cœur bat lentement. La digitale a donc de l'influence sur son apparition.

L'hésitation s'observe plus particulièrement dans les cas où le pouls est irrégulier et c'est au milieu de deux irrégularités qu'elle apparaît. Elle se montre aussi souvent avec la sténose mitrale pure qu'avec la forme commune.

Sur les tracés sphygmographiques, la ligne correspondant à la systole artérielle ne paraît pas plus allongée qu'à l'état normal, mais, par contre, la ligne diastolique dépasse les proportions ordinaires. Les mêmes caractères s'observent pour les tracés du cœur.

La valeur diagnostique de l'hésitation est relative, puisque, dans nombre de circonstances, elle peut manquer; par contre, quand elle existe, elle a une réelle importance et, plus d'une fois, elle a permis à M. Perret de faire le diagnostic sans ausculter le cœur.

Dans certains cas de sténose, et plus spécialement de sténose pure, le choc de la pointe au niveau de l'espace intercostal correspondant est bref, court, instantané. L'impulsion du cœur donne à la main la sensation d'un ressort brusquement détendu, c'est un choc en coup de bélier; il semble que l'organe, au moment où il vient de triompher de l'obstacle qui était au devant de lui, bondisse tout à coup entraîné par l'effort qu'il vient de faire.

Le dédoublement diastolique est décrit depuis longtemps dans les cas où il est très accentué à l'auscultation, car les deux bruits qui le constituent sont séparés par un intervalle très appréciable, la main, appliquée sur la région précordiale, au niveau des troisième et quatrième espaces intercostaux du côté gauche, peut sentir assez nettement ce rythme. On éprouve alors la sensation de deux ébranlements successifs plus ou moins rapprochés et coïncidant exactement avec les deux bruits du dédoublement.

L'auscultation des carotides permet, dans des cas rares, d'entendre le roulement diastolique; de plus, le dédoublement s'y perçoit constamment.

Dans la région précordiale, ce dédoublement est entendu dans une grande étendue; on peut le trouver jusqu'au voisinage de la pointe, ce qu'avait déjà signalé M. Duroziez, jusque dans l'aisselle, parfois même en arrière au niveau de la colonne vertébrale. Le plus souvent le maximum est localisable du côté gauche dans le troisième et parfois le quatrième espace intercostal; trois fois seulement M. Perret l'a vu prédominer à la base, et cette prédominance existerait pour lui quand la sténose est très accentuée.

L'auteur est donc partisan de l'opinion de Jaccoud qui admet deux éléments dans le dédoublement du second bruit : un élément propagé, c'est le claquement sigmoïdien des vaisseaux de la base; un autre né sur place, c'est le choc du sang contre la paroi ventriculaire; quand l'orifice auriculo-ventriculaire est rétréci, le second élément retarde sur le premier.

La chute espacée des valvules artérielles ne se rencontrerait que dans un petit nombre de cas.

Le docteur Lowenthal a signalé ce fait que le pouls, dans le rétrécissement mitral, est moins fréquent que les battements du cœur. Le claquement d'ouverture de la mitrale, tantôt sec et bref, tantôt plus sourd, plus grave, précède immédiatement le roulement diastolique. La mort subite, dans le rétrécissement mitral, peut être due au déplacement d'un caillot de l'oreillette allant obstruer la mitrale.

III

Il est certain que le dédoublement du deuxième temps, dans le rétrécissement mitral, reconnait des mécanismes différents qu'a parfaitement mis en évidence M. Potain, que l'on ne saurait trop citer quand il s'agit de maladies du cœur. (*Semaine médicale*, 1886.)

Le dédoublement peut résulter de ce fait que le choc des valvules aortique et pulmonaire se produit d'une manière successive, les valvules aortiques étant celles qui retombent les premières.

Exceptionnellement, la première partie du bruit dédoublé a son origine dans l'artère pulmonaire. Quand le rétrécissement est peu accentué, le ventricule gauche se remplit comme à l'ordinaire, et le claquement sigmoïde se produit en temps normal; mais si ce rétrécissement se complique de troubles respiratoires, la tension de l'artère pulmonaire se trouve exagérée, relativement à ce qu'elle est habituellement, et cela du fait de l'obstacle que le sang éprouve pour traverser le poumon, de telle sorte que les sigmoïdes pulmonaires retombent plus tôt qu'elles ne devraient, c'est-à-dire avant les sigmoïdes aortiques. Dans ce cas, le claquement pulmonaire est à la fois avancé et plus accentué qu'à l'état normal.

Il est des malades chez lesquels on peut observer successivement ces deux ordres de dédoublement. Quand c'est le bruit pulmonaire qui est le premier, le malade éprouve en même temps une anhélation plus ou moins intense qui disparaît quand c'est le bruit aortique qui précède.

Enfin il y a un dédoublement par claquement de l'ouverture mitrale que l'on ne trouve que rarement. Il est constitué par une première partie où le bruit est médiocrement intense, et par une seconde où le bruit est très fort, avec son maximum à la pointe du cœur. Ce deuxième bruit est le résultat non du claquement des sigmoïdes, mais de la mitrale, et voici comment on peut l'expliquer. Dans l'état normal, la valvule mitrale est une membrane d'une extrême souplesse qui, s'abaissant au moment de la diastole ventriculaire, laisse un libre passage au sang de l'oreillette, et celui-ci glisse sans bruit dans un canal où il ne trouve aucun obstacle. Les chocs sont tout autres lorsque la valvule est épaissie et adhérente par certains de ses points. Ses mouvements sont limités et elle ne s'applique plus exactement contre les parois du ventricule. Or, à ce moment de la diastole ventriculaire, le sang accumulé dans l'oreillette tend à forcer le passage rétréci, et, pour cela, il tend vivement et brusquement la valvule mitrale qui, de ce fait, produit un claquement spécial, distinct du bruit sigmoïdien, mais simulant un dédoublement de ce même bruit.

Le bruit mitral est notablement plus en retard que la seconde partie de dédoublement ordinaire, sigmoïdien, c'est en outre un dédoublement plus écourté. Enfin, chez certains malades, on peut entendre successivement le dédoublement sigmoïdien ordinaire puis, à la suite de ce dédoublement, un troisième bruit qui ne peut être que le claquement mitral.

REVUE DES JOURNAUX

Présentation d'un malade atteint de néoplasme du foie consécutif à un traumatisme, par le docteur Thorspecken. (*Berlin. Klin. Woch.*, 1890, nº 40.) — Ouvrier d'âge moyen. Pas d'hérédité, et toujours bien portant auparavant. En 1888, une planche

lourde avec bords aigus lui est tombée sur le ventre et l'a atteint à la région du foie. D'où douleurs intenses.

On trouva à la région du foie un point extrêmement douloureux, puis les douleurs intenses cédèrent peu à peu et devinrent modérées. En septembre 1889, elles augmentèrent sans qu'on pût trouver de modification du côté du foie. En avril 1890, les douleurs augmentèrent de nouveau. Le foie apparut alors hypertrophié avec plusieurs grosses protubérances sur son lobe gauche, et avec, à côté, des glandes péritonéales hypertrophiées grosses comme des noix. Les phénomènes se sont aggravés jusqu'ici. On ne peut penser ni à des échinocoques ni à un abcès du foie. On a probablement affaire à un cancer primitif causé par le trauma. — P. N.

Présence de bactéries dans la vésicule biliaire, par le docteur Naumeyer. (*Deuts. med. Woch.*, 1891, nº 5.) — Dans 2 cas, chez des chiens normaux, la bile, prise pendant la vie, fut trouvée stérile. Sur 3 autopsies faites de une à cinq heures après la mort, on trouva deux fois (phthisie pulmonaire) la bile stérile; dans le troisième cas (myélite par compression avec septicémie), un grand coccus se développa sur l'agar.

Dans 3 cas de cholélithiase la bile avait dû être retirée par ponction. Dans le premier cas, la tumeur s'était développée quatorze jours auparavant avec une colique hépatique. La bile était stérile. Il en était de même dans le deuxième cas (hydropisie de la vésicule après d'anciennes coliques avec carcinome hépatique). Dans le troisième cas (fille chez laquelle une tumeur de la vésicule biliaire était apparue trois mois auparavant avec des coliques intenses), la ponction amena la rétrocession de la tumeur. Mais le liquide retiré aseptiquement et déposé sur des plaques de gélatine donna naissance à de nombreuses colonies d'une même espèce de champignon, qui ressemblait au bacille d'Escherich (Bacterium coli commune) et encore plus au Diplobacillus pneumoniæ de Friedländer. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 31 juillet. — Présidence de M. Labbé.

Sommaire : *Effets de la tuberculine sur les pleurésies. — De l'artério-sclérose de la pointe du cœur. — Méningite et abcès tuberculeux du cerveau.*

M. Netter : Dans la dernière séance, M. Debove a montré que le liquide pleurétique renferme une substance fort analogue à la tuberculine, puisque l'injection de ce liquide stérilisé a produit, chez des tuberculeux, des réactions plus ou moins intenses. C'est là un nouvel argument en faveur de l'origine tuberculeuse d'un certain nombre de pleurésies franches en apparence. L'année dernière, d'ailleurs, à Berlin, on injecta de la lymphe de Koch à des malades atteints de pleurésie et à des convalescents de pleurésie ayant évolué comme la pleurésie simple. Or, ces sujets présentèrent une réaction générale, et chez quelques-uns même on vit apparaître des frottements, des râles, de l'expectoration, c'est-à-dire une réaction locale du côté du poumon. La lymphe de Koch avait donc, dans ces cas, dépisté la tuberculose.

Ainsi, les pleurétiques réagissent, vis-à-vis de la tuberculine, comme les sujets nettement tuberculeux, et cela très fréquemment, puisque, sur 15 malades auxquels on injecta de la lymphe, 13 présentèrent la réaction ordinaire (soit 87 p. 100).

Il est intéressant de rapprocher ces résultats de ceux de M. Debove. Ils se complètent réciproquement. Les pleurétiques réagissent vis-à-vis de la tuberculine comme les tuberculeux. Les épanchements pleurétiques renferment de la tuberculine comme les produits de culture du bacille tuberculeux.

Ces résultats confirment de plus ceux que fournit l'expérimentation au sujet de la fréquence des pleurésies tuberculeuses.

— MM. Huchard et Weber : Il ne faudrait pas croire que, dans le cas de sclérose car-

diaque, la lésion porte toujours sur le cœur tout entier; le plus souvent, au contraire, elle se localise dans des régions déterminées de l'organe. Déjà en 1889, dans ses leçons sur les maladies du cœur et des vaisseaux, M. Huchard avait parlé de ces *localisations myocardiques* et décrit la *myocardite de la cloison.*

La sclérose peut, dans certains cas, siéger uniquement à la pointe du cœur. Il en résulte un trouble profond dans le fonctionnement de l'organe, une tendance à la cardiectasie et aux accès asystoliques, une prédisposition aux insuffisances fonctionnelles de la mitrale et à l'impuissance du myocarde. Sur sept cas observés, la maladie s'est terminée trois fois par mort subite. Le siège de la lésion joue donc un rôle aussi important que son étendue et que son intensité dans la production de certaines formes cliniques, et au point de vue du pronostic. Histologiquement, l'artério-sclérose de la pointe réalise absolument les caractères de la sclérose *dystrophique,* si bien étudiée par M. Martin et que MM. Huchard et Weber ont décrite il y a cinq ans. Ce sont des îlots de sclérose, formés d'un seul bloc, bien limités, le passage de ces îlots au parenchyme normal se faisant brusquement, sans lésions de transition; cette transformation scléreuse est toujours consécutive à une artérite coronaire.

Sans faire de localisation myocardique à outrance, il faut cependant attribuer au siège de la lésion une grande importance clinique; ce sont, en effet, ces variétés de siège qui doivent rendre compte de la diversité d'aspect des cardiopathies artérielles, qui prennent les formes dyspnéique, angineuse, tachycardique, arythmique, etc. Ces localisations myocardiques et le mode de production de ces scléroses dystrophiques, consécutives à l'endartérite, prouvent que le terme de myocardite insterstitielle chronique, encore accepté par la plupart des auteurs, consacre une erreur anatomique; il n'y a pas d'inflammation, mais une dégénérescence du myocarde; on devrait donc, dans ce cas, substituer au mot de myocardite aiguë ou chronique celui d'*artério-sclérose du cœur* ou de *cardio-sclérose.*

Le diagnostic de la cardio-sclérose s'établit facilement à l'aide des quatre lois cliniques que M. Huchard a depuis longtemps formulées :

1° L'insuffisance rénale est un symptôme précoce et presque constant de toutes les cardiopathies artérielles, même en l'absence d'albuminurie;

2° En raison de la lésion dégénérative du myocarde qui en affaiblit la résistance, toute cardiopathie artérielle est une menace imminente de dilatation cardiaque;

3° Le rythme du cœur étant une fonction du muscle cardiaque et non de son système nerveux, toute cardiopathie artérielle a une tendance à s'accompagner, d'une façon continue ou paroxystique, de symptômes arythmiques;

4° Suivant la localisation des lésions (aux piliers valvulaires, à la pointe du cœur, aux régions ganglionnaires, au point vital du cœur, etc.), la maladie prend des formes diverses; elle peut se terminer lentement par asystolie ou brusquement par la mort subite.

— M. Rendu recevait dans son service, le 29 juin dernier, une femme de 38 ans, atteinte d'un rétrécissement mitral; elle était déjà venue plusieurs fois à l'hôpital pour des crises d'asystolie. Mais, cette fois, M. Rendu fut frappé de l'amaigrissement, de la pâleur et de la faiblesse de cette malade. Elle était très oppressée et n'avait cependant pas d'œdème des membres inférieurs. On ne trouvait rien au cœur en dehors des signes du rétrécissement mitral. Des deux côtés de la poitrine, on entendait des râles sibilants disséminés. La malade se plaignait en outre d'une céphalalgie intense qui occasionnait une insomnie persistante.

Le 3 juillet, on ouvrit un petit abcès froid de l'avant-bras; la guérison fut rapide.

Du 4 au 8 juillet, les phénomènes persistent; la céphalalgie est toujours aussi intense, l'insomnie est tenace.

Du 8 au 16, une légère détente se produit; la céphalalgie diminue et la malade tombe dans une somnolence que l'on attribue à la morphine.

Le 16 juillet, on observe un brusque changement : la malade est dans la prostration; on note un embarras considérable de la parole, un certain degré d'aphasie; les membres sont considérablement affaiblis, la mémoire est prespre perdue. M. Rendu diagnostique

un ramollissement cérébral cortical, voisin de la circonvolution de Broca, et dû à une thrombose de la sylvienne gauche.

17 juillet. — A tous les signes précédents se joint une paralysie faciale gauche incomplète, avec parésie du membre supérieur du même côté. Le pouls est lent, inégal; il ne bat que 40 fois à la minute.

Le diagnostic de thrombose de la sylvienne gauche est écarté, et l'on pense à une méningite tuberculeuse.

Le 18 juillet, la malade est presque dans le coma; l'hémiplégie gauche s'est accentuée; la sensibilité ni les réflexes ne sont abolis; pupilles normales; pouls, 56; ventre déprimé, raie méningitique. Mort le 20 juillet.

A l'autopsie, on trouve une méningite tuberculeuse occupant la base de l'encéphale, surtout à la région sylvienne; pas de ramollissement des hémisphères. A l'ouverture des ventricules latéraux, le corps strié gauche paraît volumineux, saillant, fluctuant; une incision donne issue à du pus phlegmoneux enkysté dans une coque inflammatoire du volume d'un œuf de pigeon. Un autre abcès, beaucoup plus petit, siège dans l'hémisphère droit du cervelet. Les poumons, les reins, le péritoine présentent des granulations récentes. Le pus des abcès contenait le bacille de Koch à l'état pur, sans mélange d'aucun des organismes de la suppuration.

Donc, le bacille de Koch était devenu pyogène, et avait produit des abcès d'apparence phlegmoneuse.

L'observation de M. Rendu est fort analogue à un cas de Fraënkel, dans lequel un abcès d'apparence phlegmoneuse, développé dans la substance blanche, près de la troisième circonvolution frontale gauche, fut produit uniquement par le bacille de Koch; le malade, un jeune homme de 23 ans, avait présenté de l'aphasie, une paralysie faciale incomplète et une paralysie du bras droit.

— M. Chauffard a observé un malade qui mourut avec tous les symptômes d'une méningite tuberculeuse. A l'autopsie, on ne trouva pas de méningite tuberculeuse, mais un abcès sous-cortical du cerveau. Les méninges étaient saines, sauf au niveau de l'abcès.

Malheureusement l'examen bactériologique du pus des abcès ne fut pas fait.

De quelques nouvelles médications.

Traitement de la fièvre typhoïde par la naphtaline, par le docteur Wolff.
(*Revue de thérapeutique*, 1891).

Le docteur Wolff publie les résultats obtenus à l'hôpital allemand de Philadelphie, dans 100 cas de fièvre typhoïde traités par la naphtaline. Toutes les quatre heures, administration interne de 30 centigrammes de naphtaline pulvérisée; dans l'intervalle de deux prises, quelques gouttes d'acide chlorhydrique. Au début de la maladie, calomel à doses purgatives.

Résultats : Sur les 100 cas traités, 10 se sont terminés par la mort; en arrivant à l'hôpital. Un malade a succombé à une paralysie bulbaire, un autre à un érysipèle de la face, un troisième à la phthisie pulmonaire, un quatrième aux suites d'une lésion organique du cœur. Bref, sur les 10 cas de mort, 2 seulement pouvaient être imputés à la fièvre typhoïde.

Des 90 cas terminés par la guérison, dans 16 la défervescence est survenue à la fin de la seconde semaine, 3 ont eu des hémorrhagies intestinales, dont 2 dès le début de la maladie, avant l'emploi de la naphtaline. Il importe de continuer l'administration de la naphtaline après la chute de la fièvre, de peur que la température interne ne remonte.

Le traitement a toujours été bien supporté. Quelquefois la naphtaline constipe, et alors il faut avoir recours aux purgatifs. — P. N.

COURRIER

Par décret, en date du 1er août 1891, M. Forgue, agrégé, est nommé, à partir du 1er novembre 1891, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Montpellier.

— Par décret, en date du 1er août 1891, la chaire de pathologie externe de la Faculté de médecine de Montpellier est transformée en chaire de clinique ophthalmologique. M. Truc, agrégé des Facultés de médecine, est nommé, à partir du 1er novembre 1891, professeur de clinique ophthalmologique à ladite Faculté (chaire nouvelle).

Nouvelles expériences de trains sanitaires. — Le service de santé poursuit ses essais sur le transport des blessés et des malades par voies ferrées. De nouvelles expériences viennent d'avoir lieu sur la ligne de Paris à Dieppe, sous la haute direction de M. le docteur Dujardin-Beaumetz, médecin inspecteur, directeur du service de santé au ministère de la guerre, et en présence de nombreux médecins militaires et d'officiers de l'état-major général. 8 wagons avaient été aménagés, d'abord avec le système Bry, puis avec les systèmes de M. Ameline, de M. le médecin principal Gavoy, des docteurs Bréchot (de Versailles), et Deprès (de Saint-Quentin), de M. le comte de Beaufort, etc. Une section du 131e de ligne représentait les blessés.

Le but principal que poursuit en ce moment la 7e direction est d'augmenter le nombre des blessés par wagon. D'après les derniers essais, on espère pouvoir placer 3 rangs superposés de 3 brancards chacun, soit 18 hommes par wagon, ce qui, pour un train de 40 voitures, donnerait 720 blessés ou malades transportés, tandis qu'avec le sytème primitif le même train n'aurait contenu que 6 hommes par wagon, soit 240 au total.

Il nous semble que, malgré les mesures prises dès le temps de paix, on ne saurait affirmer que les wagons ne feront pas défaut pour l'enlèvement des blessés après les grandes tueries qui paraissent devoir se produire dans les guerres de l'avenir. Aussi, nous estimons que le service de santé a raison de chercher à obtenir le rendement maximum des véhicules dont il pourra disposer, tout en plaçant les malheureux évacués dans des conditions suffisantes au point de vue hygiénique et chirurgical.

D'après ce que nous avons vu, nous estimons que, si le problème n'est pas complètement et définitivement résolu, il est du moins en bonne voie. (*Bull. méd.*)

Augmentation du nombre des médecins militaires. — En présence de la pénurie des médecins militaires, qui ne permet plus de faire face à tous les besoins du service actuel, et à plus forte raison quand les régiments régionaux seront augmentés et les nouveaux groupes de cavalerie formés, le ministre de la guerre serait décidé à allonger la prochaine promotion des officiers de santé militaire et demander à la rentrée des Chambres des crédits pour augmenter le personnel de l'enseignement de l'École de santé militaire à Lyon et le nombre des élèves annuellement fixé. Aux termes stricts de la loi, le nombre des médecins militaires actuellement en service (1,300) est inférieur de 40. Cette infériorité s'accentuera davantage au fur et à mesure des promotions nouvelles. (*Bull. méd.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

Hospitalisation des tuberculeux. — Prophylaxie de la tuberculose.

La question de l'hospitalisation des tuberculeux, dont se sont occupés plusieurs de nos collègues médecins des hôpitaux, est une des plus intéressantes qu'ait posées le comité d'organisation du Congrès. C'est une de celles dont la solution serait le plus à désirer, car, d'un côté, les tuberculeux sont très nombreux dans les hôpitaux, si nombreux qu'on cherche constamment les moyens de les transporter ailleurs pour laisser la place libre aux malades atteints d'affections aiguës, et, d'un autre côté, on recule toujours devant les difficultés que suscite une pareille solution.

Faut-il garder les tuberculeux dans les hôpitaux généraux, comme on le fait actuellement? Si oui, faut-il leur consacrer des salles spéciales, ou les laisser mélangés avec les autres malades, terrains peu résistants et, partant, très disposés à être infectés? Sinon, faut-il créer pour eux des hôpitaux spéciaux; et, ces hôpitaux, où faut-il les construire? Près des grandes villes, ou au loin? En pleine campagne, ou au bord de la mer?

Tels sont les points que nous aurions désiré voir discuter et résoudre, si possible; malheureusement, les vacances avaient transporté loin de Paris les personnes qui auraient pu prendre part à la discussion, et celle-ci n'a pas eu lieu. C'est partie remise.

A côté de la question principale s'en est greffée une qui n'était pas non plus dépourvue d'intérêt, c'est celle des hôpitaux marins. Elle a été traitée avec beaucoup de talent et de conviction par M. le docteur Charles Leroux, médecin du dispensaire Furtado-Heine, qui avait rassemblé de nombreux documents statistiques provenant des hospices établis actuellement au bord de la mer, à Berck, à Pen-Bron, Arcachon, Banyuls, Hyères, etc. L'Œuvre des hôpitaux marins, sans faire beaucoup de bruit, a fait beaucoup de besogne. Outre M. Leroux, d'autres membres du Congrès, M. Armaingaud, pour Arcachon, M. Vidal, pour Hyères, ont démontré combien ces établissements étaient utiles et combien ils rendaient de services aux enfants menacés de tuberculose, ou atteints de tuberculose au début.

Aussi le Congrès a-t-il cru devoir donner tout son assentiment à cette œuvre utile en adoptant, sur la proposition de M. Verneuil, le vœu de la voir prendre la plus grande extension.

M. le docteur Léon Petit a exposé les résultats fournis par l'hôpital d'Ormesson, consacré aux enfants tuberculeux. A cet hôpital est annexé un autre établissement destiné à isoler ceux de ces enfants atteints de maladies contagieuses, fièvres éruptives, etc., situé à 2 kilomètres du premier.

Dans peu de temps, l'Œuvre possédera une ferme dans laquelle les enfants guéris pourront continuer à vivre au grand air et faire des citoyens robustes et utiles à la patrie.

— La question de la prophylaxie a été mieux étudiée; MM. Solles (de Bordeaux), Armaingaud, Verneuil, Espina y Capo, Tison, Arthaud, Boulant ont plus spécialement envisagé la tuberculose humaine; MM. Arloing, Nocard, Butel, Degive, Laquerrière, Robcis, la tuberculose animale.

M. Solles cherche surtout à établir la prophylaxie de la tuberculose en s'adressant aux sujets provenant de parents tuberculeux; c'est en quelque sorte en traitant la tuberculose héréditaire, à l'aide des moyens dont nous disposons actuellement, et en particulier par un séjour aux eaux de Salies-de-Béarn, que M. Solles veut prévenir le développement individuel de la maladie.

M. Armaingaud voit la question d'une manière plus générale. Pour pratiquer la prophylaxie d'une manière efficace, il faut faire connaître au public, par une propagande aussi active et aussi étendue que possible, le danger qui résulte pour la race humaine de la dispersion des produits tuberculeux. Aussi demande-t-il qu'on répande à profusion dans les campagnes des instructions semblables à celles qui ont été adoptées par la commission permanente du précédent Congrès, en y ajoutant l'indication de désinfecter ou de prévenir la dispersion des crachats provenant de toutes les maladies à expectoration, quelles qu'elles soient. De cette façon, on effraie moins les tuberculeux, et on saura que toutes les maladies à expectoration présentent un danger (pneumonies, bronchites), notion importante à connaître pour le public.

M. Verneuil attire l'attention sur un point nouveau, mais très intéressant de la prophylaxie. Lorsqu'on se trouve appelé à donner des soins à une femme enceinte qui est syphilitique, on institue un traitement convenable et l'on prend les mesures que comporte cette condition spéciale de la grossesse. Or, on ne fait jamais rien de semblable lorsqu'il s'agit de tuberculose.

Quand la femme syphilitique désire devenir enceinte, on lui recommande de différer autant que possible. On n'a jamais songé à prendre les mêmes précautions lorsqu'il est question de tuberculose, et pourtant la chose en vaudrait la peine non seulement lorsqu'il s'agit de tuberculose viscérale, mais encore si l'on a simplement affaire à des tuberculoses atténuées, à des tuberculoses locales, à de simples abcès froids. Un enfant conçu alors que le père présentait un abcès froid de la jambe, sans autre manifestation tuberculeuse, la mère étant en parfaite santé, naquit avec de la tuberculose locale. Il faudrait donc conseiller aux parents atteints de tuberculose locale d'attendre, avant de s'exposer à une grossesse, que cette manifestation soit guérie.

Enfin un troisième cas se présente, celui d'une personne dont les manifestations tuberculeuses sont actuellement éteintes et qui veut se marier. Personne n'ignore l'influence désastreuse que la grossesse peut exercer sur les tuberculoses éteintes depuis un temps qui paraît suffisamment long. Il semble donc que, dans ces cas, comme dans les précédents, on devrait, en songeant non seulement à la femme, mais aussi à la progéniture qu'elle peut donner, prendre certaines mesures analogues à celles que l'on a coutume de prendre vis-à-vis des syphilitiques se trouvant dans les mêmes conditions.

M. Tison recommande de prévenir le développement de la tuberculose en améliorant l'hygiène des prédisposés et en s'élevant contre l'abus des boissons alcooliques, la tuberculose d'origine éthylique étant très fréquente.

M. Arthaud pense que le mode le plus fréquent de contagion de la tuberculose est le séjour dans un local habité par des tuberculeux; 80 p. 100 des tuberculoses accidentelles résultent de ce mode de transmission. Une enquête faite dans des locaux ouvriers a donné les chiffres suivants : total des locataires, 75; total des tuberculeux, 30; tuberculeux contaminés par le local, 23.

On peut démontrer, en outre, le danger de contagion résultant des agglomérations dans les ateliers ou les bureaux, et, pour les personnes saines, d'aller habiter pendant plus d'un mois les stations balnéaires ou hivernales fréquentées par les tuberculeux, à cause des foyers locaux créés par le séjour antérieur de tuberculeux avancés. Il conclut que la tuberculose peut et doit, sous l'influence de mesures prophylactiques, finir par diminuer de fréquence et disparaître totalement.

M. Arthaud termine donc en soumettant au Congrès un projet de réglementation qui prévoit : 1° la déclaration obligatoire par le médecin de l'état civil des décès de tuberculeux; 2° la désinfection obligatoire des locaux suspects après décès ; 3° la surveillance spéciale des garnis à Paris et dans les villes d'eaux, et le vote de lois permettant aux autorités la désinfection annuelle ou bi-annuelle des garnis; 4° l'affichage de prescriptions hygiéniques dans les ateliers soumis à la surveillance et à la désinfection de ces locaux en cas d'épidémie constatée.

M. Bouland (de Limoges) attire l'attention sur ce fait que la poussière de kaolin, chez les ouvriers porcelainiers, provoque la formation dans les bronches de petites ulcérations qui servent de porte d'entrée aux bacilles; mais, la tuberculose locale une fois créée, la poussière de kaolin détermine un processus sclérogène qui amène la cicatrisation du foyer. Semblable à la lance d'Achille, la poussière de kaolin guérit donc les maux qu'elle a faits.

M. le docteur Espina y Capo (de Madrid) a examiné la question au point de vue de la tuberculose humaine et animale.

Les mesures qu'il réclame pour la prophylaxie de la tuberculose humaine sont contenues dans les *Instructions* rédigées par la Commissiou permanente du Congrès, dont il a été si souvent question à l'Académie il y a dix-huit mois. Il y ajoute l'isolement des tuberculeux pauvres dans les établissements organisés dans ce but; l'empêchement du mariage chez les tuberculeux; le développement des cavités splanchniques et la gymnastique respiratoire chez les sujets prédisposés ou nés de parents tuberculeux.

La prophylaxie chez les animaux doit s'exercer au moyen de la destruction par le feu des animaux tuberculeux et de leurs produits, avec ou sans indemnité. Il doit être créé une inspection spéciale dans les abattoirs, ainsi que partout où se trouvent des animaux tuberculeux, afin de pouvoir les détruire au moyen du feu et que personne ne puisse en faire usage. On ne doit pas admettre à la vente les entrailles des animaux soupçonnés de tuberculose et ne pas permettre que, dans aucun cas, les viscères et les pièces musculaires soient mêlés avec les autres pièces de l'animal dans le trajet de l'abattoir aux divers points de vente.

M. Espina demande aussi d'organiser une étude internationale de la tuberculose et même des comités internationaux qui puissent surveiller

l'adoption des conclusions de ce Congrès, leur donnant force de loi ou d'ordonnance, suivant le caractère de chaque nation. La mesure serait bonne, mais comment arriver à sa réalisation?

M. Arloing pense qu'il n'est pas nécessaire de détruire les viandes prohibées et qu'il suffit de les stériliser par la cuisson, la transformation en conserves et en extraits de viandes, ou encore par la salaison, de façon à les rendre bonnes pour la consommation. De cette manière, on diminuerait de moitié le chiffre des indemnités. Celles-ci n'atteindraient d'ailleurs que 1,439,178 francs pour les viandes de bœuf, de veau et de porc, et il suffirait, pour obtenir chaque année plus de 2 millions, d'imposer une taxe de 0 fr. 50 par bœuf, de 0 fr. 25 par veau et de 0 fr. 20 par porc, au moment où on les sacrifie pour les livrer à la consommation. Les produits de ces taxes permettraient donc d'assurer le payement des indemnités et le fonctionnement des services d'inspection.

M. Nocard pense que les chiffres donnés par M. Arloing sont inférieurs à la réalité. A Bucharest, quand il ne s'agissait que de saisie, on évaluait à 3 ou 4 p. 1,000 le chiffre des animaux tuberculeux et on a basé là-dessus les indemnités; mais, dès que celles-ci furent payées, le nombre des animaux tuberculeux s'éleva à 30 p. 1,000.

M. Degive trouve excellent les moyens proposés par M. Arloing. Il voudrait seulement qu'on y ajoute un moyen très pratique; c'est l'assurance, couverte par le montant des taxes payées par les propriétaires, comme cela a lieu en Belgique.

M. Trasbot demande qu'on soumette la viande de boucherie à un contrôle sévère; qu'on supprime absolument tous les abattoirs particuliers qui, pour le département de la Seine seulement, sont au nombre de 6 à 700 et qu'on ne peut faire visiter pour cette raison par des inspecteurs suffisamment nombreux. On les remplacerait par des abattoirs publics. M. Butel appuie cette notion, et, avec M. Laquierre, demande que les vacheries industrielles soient l'objet d'une surveillance sérieuse et suivie.

M Robcis, appartenant au service des épizooties de la Seine, a cherché, au moyen de statistiques, s'il existait une corrélation entre l'aptitude à la lactation et l'aptitude à la tuberculose. Il a vu que, parmi 24 cas de tuberculose trouvés chez les vaches laitières, c'étaient les espèces qui donnaient le plus de lait qui constituaient le plus fort contingent. Il y a donc urgence absolue à surveiller sérieusement les vacheries consacrées à la production industrielle du lait destiné à être consommé en nature.

REVUE DES CLINIQUES

Epilepsie partielle crurale et tuberculose de la région paracentrale, par le docteur CHARCOT (1). — Le 21 avril, s'est présenté devant nous un homme dont le cas nous a particulièrement intéressé. Il s'agissait de crises d'épilepsie Bravais-Jacksonnienne ou partielle, débutant toujours, uniformément, par le membre inférieur gauche, s'étant produite pour la première fois, quatorze mois environ auparavant, et se répétant depuis une ou deux fois par mois. Ces crises laissaient entre elles des intervalles presque entièrement libres d'accidents nerveux, à part une légère faiblesse du membre inférieur gauche, qui, après avoir survécu à la crise pendant quelques jours, ne tardait pas à disparaître.

Malheureusement, les accès convulsifs n'étaient pas les seuls accidents dont souffrait

(1) Résumé d'après la *Gazette hebdomadaire,* 1891.

notre malade. La phthisie était là présente, antérieure même aux phénomènes convulsifs; ses ravages, dans ces derniers temps, avaient été considérables, sans que le malheureux s'en plaignît, car il venait seulement nous consulter pour les accidents nerveux.

Mais alors les manifestations pulmonaires prirent une allure des plus graves. Fièvre intense, dyspnée vive, asystolie permanente, envahissement rapide des deux poumons par les granulations tuberculeuses, tels sont les phénomènes qui précipitèrent en quelques jours le dénouement fatal.

Dès lors, l'occasion de vérifier le diagnostic que nous avions porté durant la vie, sans aucune hésitation, se présentait tout naturellement. Je vous disais, il y a peu de temps, que les accidents épileptiques, à début crural, doivent être la conséquence d'une plaque de méningite tuberculeuse développée sur la région du lobule parencentral et ayant peut-être envahi ce lobule. La nécroscopie est venue confirmer nos prévisions; cette lésion, localisée dans la région paracentrale du côté droit, venait confirmer la loi de l'entrecroisement des faisceaux pyramidaux.

Je vais, aujourd'hui, vous montrer par quel concours de circonstances et d'idées j'ai ai été amené à ce diagnostic.

D'abord, qu'est-ce que le lobule paracentral? Au sens classique du mot, c'est un département étroit et circonscrit de la face interne des hémisphères cérébraux. Il est limité en avant par le pied de la première frontale, en arrière par le lobe carré, en bas par la circonvolution du corps calleux, et en haut, enfin, par le bord supérieur de l'hémisphère. Mais, à mon sens, il faut étendre les limites classiques à une partie plus haute, et y comprendre, au point de vue de la physiologie pathologique, l'extrémité terminale des deux circonvolutions frontale et pariétale, pour former une même région que l'on pourrait appeler région du lobule paracentral. En d'autres termes, cette région paracentrale comprend anatomiquement : d'une part, le lobule proprement dit, et, d'autre part, l'extrémité supérieure des circonvolutions centrales séparées par le sillon de Rolando et recourbées sur le bord supérieur de l'hémisphère avant de plonger dans ce lobule. Il va sans dire que, au point de vue anatomo-pathologique, les méninges qui recouvrent cette région en font partie intégrante. On pourrait, du reste, la désigner aussi sous le nom de région crurale. C'est, en effet, dans cette circonscription que s'élaborent les modifications anatomo-physiologiques qui président à l'exécution des mouvements volontaires vulgaires du membre inférieur.

Quant à la structure, il n'y a rien de bien particulier à vous signaler. Là, l'écorce grise contient des cellules pyramidales comme ailleurs, seulement vous y verrez plus souvent qu'ailleurs les cellules pyramidales géantes de Betz et de Merzejewski. La vascularisation y est bien un peu spéciale : trois branches artérielles importantes viennent irriguer cette région et s'y terminer, deux naissent de la sylvienne, et la troisième de la cérébrale antérieure. Il y a là, par conséquent, multiplicité artérielle et néanmoins, semble-t-il, ralentissement de la circulation, deux conditions qui, comme nous le verrons tout à l'heure, expliquent peut-être la fréquence de certaines localisations pathologiques. J'ajouterai que la lésion destructive de l'écorce de cette région entraîne, ici comme dans toutes les autres parties des centres moteurs, une dégénération du faisceau pyramidal qui peut être suivie jusque dans la moelle, du côté opposé à la lésion cérébrale.

Cherchons donc comment la grande fonction de cette région paracentrale a été déterminée. Je vous dirai d'abord que c'est l'œuvre de la méthode anatomo-clinique. L'expérimentation a démontré que, chez les animaux, certaines parties de l'écorce sont excitables, les autres ne l'étant pas, et que la destruction de ces mêmes parties excitables peut produire, chez certains animaux, le singe, par exemple, des paralysies des membres, contrairement à l'opinion de Flourens et d'autres physiologistes, qui prétendaient que l'écorce grise, dans toute l'étendue de l'encéphale, était physiologiquement homogène.

La connaissance des fonctions du lobule paracentral est de date assez récente. Dans un travail avec M. Pitres, nous disions : « Le lobule paracentral, le tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante et les deux tiers supérieurs de la circonvolution pariétale ascendante président à la motilité des deux membres du côté opposé du corps. »

C'était, du reste, à peu près la même conclusion que nous exprimions en 1877 : « Une lésion destructive siégeant sur le lobule paracentral, sur le tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante ou sur les deux tiers supérieurs de la circonvolution pariétale ascendante, détermine une paralysie des deux membres (inférieur et supérieur) du côté opposé, sans paralysie de la face. » Et nous ajoutions : « Pour le moment, il ne nous paraît pas possible de préciser davantage. Nous ne pensons pas que l'on puisse dire, par exemple, quelle est la limite exacte et le siège précis du centre pour les mouvements isolés du membre inférieur. » Mais, cinq ans plus tard, en 1883, après le mémoire de M. Ballet, fait dans mon service, et quelques autres acquisitions, nous précisions en ces termes : « Il résulte de ces observations que les lésions corticales susceptibles de donner lieu à des monoplégies crurales, en d'autres termes que la région corticale présidant aux mouvements du membre inférieur d'un côté du corps se trouve, chez l'homme, dans le lobule paracentral. »

Peut-on aujourd'hui aller plus loin? Y a-t-il des centres spéciaux pour les mouvements du pied, pour les mouvements de tel ou tel orteil? La réponse doit rester encore incertaine. Quand à la grande question de savoir s'il y a des fibres sensitives, s'il existe un centre de la sensibilité superposé au centre moteur cortical, tout ce que l'on peut dire, c'est que, habituellement, il y a quelques fourmiliements, quelques douleurs dans les lésions limitées à la région paracentrale. Mais il y a le plus souvent, absence de troubles permanents de la sensibilité, tels que, anesthésie, thermo-anesthésie, perte du sens musculaire, etc. Lorsqu'ils existent, c'est d'ordinaire à un faible degré; aussi, Messieurs, lorsque vous rencontrerez des troubles de la sensibilité très prononcés, méfiez-vous, c'est que la lésion n'est pas restée limitée à la circonscription paracentrale, c'est qu'elle s'est étendue en arrière, dans les régions où semblent localisés les centres de la sensibilité. Méfiez-vous de la névrose hystérique qui pourrait bien être là présente, à l'état d'isolement ou d'association.

Pouvons-nous, maintenant, de ces connaissances relatives aux fonctions de la région du lobule paracentral, déduire, jusqu'à un certain point, quelle sera, quant aux troubles moteurs, la symptomatologie observée dans les diverses altérations qui viendront frapper cette région? Oui, assurément, puisque ces connaissances ne sont en quelque sorte que la synthèse de faits cliniques contrôlés par les résultats anatomo-pathologiques.

Grâce à ces données, nous savons que lésion destructive veut dire monoplégie crurale, sans troubles bien appréciables de la sensibilité, à moins qu'il n'y ait quelque complication. Cette monoplégie sera d'abord flaccide, sans exagération des réflexes. Cependant, à la longue, si la lésion, au lieu de se borner à de simples troubles de la circulation, à une anémie de la substance cérébrale, comme c'est le cas probable dans les paralysies transitoires, si la lésion amène une destruction définitive, il se produit alors une dégénération secondaire, et, en même temps, de l'exagération des réflexes, de la tendance à la contracture, de la trépidation épileptoïde. Les paralysies transitoires, post-épileptoïdes, dites par épuisement, dues vraisemblablement à des lésions moléculaires, revêtent également ce même caractère de flaccidité. Mais ce caractère ne veut pas dire forcément lésion organique destructive ou ischémique si vous rencontrez une monoplégie très flasque, avec anesthésie profonde et systématique, intéressant le sens musculaire, si le membre frappé est traîné par le malade derrière lui, comme un corps inerte, soupçonnez l'hystérie et non pas une lésion organique de la région du lobule paracentral.

Lorsque la lésion est superficielle, purement irritative comme sera une lésion méningée, par exemple, elle se traduit par des secousses ou par des accès convulsifs dans le membre; c'est pour ainsi dire la caractéristique habituelle des lésions à décharge que de provoquer ces accès convulsifs. Or, un accès d'épilepsie partielle à début crural, accompagné ou non de généralisation au bras et à la face, de perte de connaissance, etc., suivi parfois de parésie du membre inférieur relève, comme la monoplégie crurale, d'une lésion de la région du lobule paracentral. De même, l'épilepsie comme la monoplégie brachiale désignerait une lésion du centre des mouvements du bras; de même, enfin, l'épilepsie à début facial voudrait dire altération du centre cortical des mouvements de la face.

Remarquez, toutefois, qu'il y a des monoplégies et des convulsions monoplégiques en dehors de celles qui relèvent d'une lésion en foyer des centres moteurs. Mais ce sont,

dans la plupart des cas, des manifestations hystériques faciles à reconnaître, quand on connaît l'hystérie sous tous ses masques. Nous avons appris, M. Ballet et moi, à connaître ces hystéries à forme d'épilepsie variable et, au sujet de la région paracentrale, je puis vous rappeler une observation récente citée en Hollande par M. Wissmann, et relative à un cas d'épilepsie crurale hystérique.

A côté des cas purs de monoplégie ou d'épilepsie partielle, relevant soit de l'hystérie, soit d'une lésion organique, il faut compter aussi sur les cas mixtes, dans lesquels on trouve à la foie paralysie permanente avec ou sans contracture et attaques d'épilepsie Bravais-Jacksonienne. Ici, tandis qu'une partie de la région paracentrale est détruite, l'autre est simplement irritée. Et c'est là, à tout prendre, un fait plus grave que celui, par exemple, où il n'y a que des accès d'épilepsie partielle accompagnée ou non de paralysie transitoire.

Quelles sont maintenant les lésions qui peuvent plus ou moins se limiter à la région du lobule paracentral et donner naissance à la symptomatologie que je viens de mettre en relief? Il me paraît, que toutes ces lésions-là ne sont pas, en réalité, très fréquentes; mais, dans ce groupe restreint, c'est encore la lésion tuberculeuse qui semble tenir le premier rang parmi les lésions les plus variées, kystes hydatiques, ramollissement, hémorrhagies, tumeurs, syphilis cérébrale.

Quand on considère la tuberculose de l'encéphale en général, on constate que la méningite granuleuse, diffuse, avec ses foyers de prédilection au niveau de la base et le long de la scissure de Sylvius, occupe le premier rang comme fréquence. La tuberculose localisée ne vient qu'au second plan. On la rencontre assez souvent dans la protubérance, dans le cervelet, dans le centre ovale, dans les régions corticales. Mais, dans ce dernier cas, il s'agit d'ordinaire de méningite anormale frappant la zone psycho-motrice et de préférence la région paracentrale. Et je ne tiens pas compte ici des foyers de ramollissement qui peuvent survenir au cours d'une tuberculose comme conséquence d'une thrombose ou d'une embolie vulgaires.

La région du lobule paracentral est, semble-t-il, un lieu d'élection pour la méningite tuberculeuse en plaques, décrite par M. Ballet et ensuite surtout par M. Chantemesse. Or, ce qui est fort singulier et bien inattendu, c'est que cette variété se rencontre surtout dans la tuberculose méningée des adultes. Sans doute, la méningite tuberculeuse vulgaire est possible chez l'adulte, et c'est avant tout chez lui que vous rencontrerez les localisations insolites. Je ne veux pas dire que cette méningite en plaques ne puisse se rencontrer ailleurs que dans la région du lobule paracentral. Je sais qu'on peut voir des plaques méningées au niveau des centres moteurs du bras et de la face, mais, ce que je veux dire, c'est que ce siège est plus rare et que le plus souvent c'est une plaque située dans la région paracentrale que vous trouvez à l'autopsie. Cette localisation se présentant deux ou trois fois plus souvent que les localisation brachiale et faciale, ceci tient probablement à ce que la tuberculose méningée est commandée par certaines dispositions vasculaires spéciales. La région paracentrale, point culminant, serait le territoire le plus riche au point de vue vasculaire et à la fois le plus défectueux au point de vue de la vitesse circulatoire. L'irrigation de cette petite région paracentrale par la multiplicité des sources artérielles ne serait-elle pas la raison de l'apport plus fréquent du bacille tuberculeux en cette partie?

D'autre part, la circulation semble ralentie à ce niveau; car elle se produit dans les ramifications terminales des trois branches artérielles des artères cérébrales antérieure, moyenne et postérieure. Le sang, qui a à y lutter contre l'action de la pesanteur, y arrive avec une vitesse minima; il semble démontré que les anastomoses sont plus rares et moins efficaces, au niveau des arborisations terminales que pour les rameaux, les branches ou les troncs artériels. Toutes ces conditions plaideraient en faveur du dépôt plus facile du bacille de Koch dans le tiers supérieur de la zone psycho-motrice.

Quelle que soit la théorie, le fait anatomo-clinique est vrai. Il serait pratiquement fort utile de savoir si cette localisation est primitive ou secondaire. On conçoit, en effet, u'un tubercule solitaire, localisé d'emblée dans le cerveau, puisse, à un moment donné, evenir l'origine d'une génération bacillaire. Dans ce cas, une intervention chirurgicale

pratiquée de bonne heure débarrasserait le patient et de ses accidents convulsifs ou paralytiques et des dangers de l'infection secondaire.

Nous allons revenir sur ce point dans un instant.

Ainsi, dans la majorité des cas, la monoplégie et l'épilepsie partielle crurale dérivent de la tuberculose de la région paracentrale. Si l'épilepsie partielle crurale débute brusquement, vous pouvez songer à une hémorrhagie, à un ramollissement ou surtout à la syphilis; mais, si la marche ultérieure de la maladie permet d'éliminer ces diverses lésions, songez à la tuberculose, à la plaque méningo-paracentrale, et recherchez jusqu'aux moindres indices capables de révéler sur un point quelconque de l'organisme, et en particulier dans les poumons, les premiers ravages de l'infection bacillaire.

En outre, il ne faut pas oublier que la lésion paracentrale peut être double, non seulement comme je l'ai observé dans une hémorrhagie en foyer, mais encore dans la tuberculose paracentrale.

Il peut arriver que l'on prenne deux monoplégies crurales pour une paraplégie. Une paralysie se développe rapidement d'abord sur un membre inférieur, puis sur l'autre. Le malade étant tuberculeux, on diagnostiqua une méningo-myélite par tuberculose miliaire. Or, le mal n'était point là, mais dans l'encéphale, sur la région du lobule paracentral des deux côtés. C'est ce qu'a pu constater M. Rendu après l'autopsie.

De plus, il est de règle que, dans cette méningite particulière, la céphalée, les vomissements, le délire, la fièvre font habituellement défaut. Et, si, dans quelques cas rares l'évolution est rapide, fébrile et se termine par l'état comateux, il en est d'autres plus communs où la maladie évolue chroniquement pendant des semaines, des mois, des années même. C'est ainsi que, chez notre malade, elle a duré quatre mois, et c'est encore la tuberculose pulmonaire et non la lésion encéphalique qui a déterminé l'issue fatale.

Passons à la thérapeutique de la lésion paracentrale tuberculeuse. En laissant de côté les révulsifs, ne pourrait-on songer, en raison de la localisation étroite, à l'intervention chirurgicale? Si la tuberculose pulmonaire est là, évidente, incurable, il n'y a pas lieu d'intervenir. Et cependant des cas particuliers peuvent se présenter. La tuberculose n'est pas encore très avancée, et le malade est atteint de crises convulsives dues à une localisation à la région paracentrale; l'intervention chirurgicale a toute chance d'agir efficacement en tant qu'il s'agit de découvrir la lésion et d'en extirper le produit morbide. On pourra ainsi espérer prolonger la vie du malade, et, en réalité, la phthisie n'est pas toujours incurable. Il peut encore se présenter une autre combinaison : Les signes de l'épilepsie paracentrale sont bien marqués; il ne s'agit ni d'hémorrhagie, ni de ramollissement, ni de syphilis. Les signes de la phthisie pulmonaire ne sont pas très nets, l'état général est relativement bon ; peut-être avons-nous affaire à la tuberculose locale. Il me semble que l'intervention sera efficace en détruisant, par ablation, le foyer d'où l'infection bacillaire pourra partir; et cela d'autant plus qu'il s'agit presque toujours de plaques méningées agissant par compression et n'intéressant que peu ou pas la substance cérébrale proprement dite. Et même, si nous avons commis une erreur de diagnostic, s'il s'agit d'une tumeur telle qu'une hydatide ou un psammame, nous aurons quelques chances pour que l'opération soit suivie de la cessation des accidents d'épilepsie partielle relevant évidemment de la compression par la tumeur.

Ceci établi, il nous sera maintenant facile de mettre bien en lumière les particularités les plus intéressantes de l'histoire de notre malade. C'était un homme de 36 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels bien remarquables. Il fut pris, il y a deux ans passés, d'une hémoptysie suivie bientôt des signes rationnels de la tuberculose pulmonaire au début. Sur ces entrefaites éclata brusquement, sans cause connue, un premier accès d'épilepsie partielle débutant par le pied gauche. Une heure après, deuxième crise identique à la première; puis une troisième huit jours plus tard. Depuis cette époque, les attaques convulsives se sont répétées une ou deux fois par mois environ. Retenez bien ce fait, qu'à l'origine ces convulsions monoplégiques crurales ne tardaient pas à se généraliser à tout le côté gauche du corps, sans jamais atteindre les membres du côté opposé et que le malade ne perdait connaissance qu'après avoir assisté à la généralisation des phénomènes convulsifs. Plus tard, au contraire, il ne perdait pas

connaissance, et assistait, terrifié, au développement des phénomènes morbides, en même temps que les accès restaient souvent limités au membre inférieur. De plus, à chaque crise, survivait un peu de parésie de ce membre, mais cette faiblesse ne tardait pas à disparaître au bout de quelques jours.

Ces accidents cérébraux poursuivirent leur cours régulier, tandis que les lésions bacillaires du poumon s'étendaient progressivement et sourdement sans préoccuper le malade. Et pourtant une exploration de la poitrine nous révéla immédiatemeut l'existence d'une caverne sous la clavicule droite et de lésions tuberculeuses disséminées dans les deux poumons. A son entrée dans nos salles, il n'y avait aucune trace de paralysie motrice dans les membres, sauf un peu de parésie au niveau du membre inférieur gauche; le bras correspondant avait conservé sa force musculaire. Nous notions également l'absence d'exagération des réflexes, de troubles trophiques vaso-moteurs et de troubles objectifs de la sensibilité; le malade n'accusait que quelques tiraillements douloureux, quelques fourmillements dans le pied et la jambe du côté gauche. Son intelligence était nette et lucide; ses divers appareils fonctionnaient régulièrement. Rien ne trahissait la présence d'une altération cérébrale. Quand, tout à coup, sous l'influence d'une poussée granulique du côté des poumons, les événements se précipitèrent avec une rapidité foudroyante : huit jours après son entrée, survinrent une dizaine d'accès d'épilepsie Bravais-jacksonienne, exclusivement localisés au membre inférieur gauche, et, le lendemain, nous constations chez notre malade une monoplégie crurale de ce côté. En même temps, la dyspnée croissait subitement, l'asystolie menaçait, l'œdème apparaissait aux membres inférieurs et l'état général faisait craindre une catastrophe prochaine. En effet, les jours suivants, les crises d'épilepsie crurale se renouvelèrent, l'orthopnée et l'asystolie devinrent permanentes, et le malade mourut emporté par les progrès croissants de l'asphyxie. L'intelligence, la sensibilité étaient restées intactes jusqu'à la fin; les accès convulsifs étaient devenus quotidiens, mais la monoplégie crurale resta toujours incomplète jusqu'à la période ultime.

Les résultats de l'autopsie devaient nous expliquer ces divers phénomènes et j'attirerai votre attention sur les lésions du système nerveux central. Les méninges ne renferment pas d'altérations appréciables, et il n'y a aucune trace de tuberculose dans le cervelet, dans le mésocéphale, dans l'hémisphère gauche. Il n'existe dans l'hémisphère droit, sain d'ailleurs, à l'œil nu, dans tous ses autres points, qu'une seule lésion bien circonscrite, occupant la région paracentrale. En ce point, la dure-mère, la pie-mère, et les circonvolutions sous-jacentes, sont intimement unies. La dure-mère seule se laisse détacher et permet d'apercevoir une tumeur arrondie, dure, du volume d'une grosse noix, qui recouvre, sur la face externe de l'hémisphère, l'extrémité supérieure du sillon de Rolando, la portion adjacente des deux circonvolutions frontale et pariétale et, sur la face interne, la presque totalité du lobule paracentral proprement dit; en un mot, toute la région paracentrale. Une section, pratiquée suivant le sillon de Rolando, coupe cette tumeur en deux portions à peu près égales qui s'énucléent, pour ainsi dire, spontanément et laissent voir une cavité creusée aux dépens des circonvolutions paracentrales. En ce point, la substance grise est détruite, surtout par compression, mais cette destruction n'atteint point, à l'œil nu, la substance blanche sous-jacente. Un fragment de cette tumeur nous a décelé la présence de bacilles de Koch. La moelle, sectionnée, paraît saine, mais un examen microscopique ex-temporané nous a montré la présence de quelques corps granuleux au niveau du faisceau pyramidal gauche, comme s'il y avait déjà une ébauche de dégénération descendante.

Les résultats de l'autopsie justifient et expliquent les symptômes observés pendant la vie. La confrontation est parfaite, la relation de cause à effet est conforme de tous points à nos connaissances sur le rôle des centres moteurs : un agglomérat tuberculeux se forme au niveau de la région paracentrale, constitué par la confluence de granulations primitivement situées dans l'épaisseur de la pie-mère, et cette tumeur volumineuse détruit superficiellement, par compression, la substance des circonvolutions paracentrales. Donc, par sa localisation, le tuberculome explique le début constant, par la jambe gauche, des phénomènes convulsifs et leur limitation à ce membre, et, par sa

situation méningée, la persistance de ces phénomènes jusqu'à la mort, ainsi que l'apparition tardive d'une monoparésie crurale.

Tel est, en résumé, le cas que je voulais étudier avec vous; outre son intérêt propre, il vient apporter, en raison de son étroite limitation, un appoint fort sérieux à la doctrine de la localisation cérébrale des mouvements du membre inférieur au niveau de la région du lobule paracentral.

REVUE DES JOURNAUX

Cholécythotripsie dans l'occlusion du cholédoque avec guérison complète, par le docteur Kocher. (*Correspond. f. schweizer Ærzte*, 1870, n° 4.) — Dans l'occlusion chronique du cholédoque, on a quelquefois établi avec succès une communication entre la vésicule biliaire et l'intestin (cholécystentérostomie); s'il s'agit d'occlusion par des calculs, on peut les refouler, comme le conseille Lawson Tait, par pression. Langenbeck et Credé sont les seuls qui l'aient fait jusqu'ici, ce dernier avec succès.

Le cas de Kocher concerne un homme de 53 ans atteint de coliques hépatiques depuis 1873, qui augmentèrent beaucoup en 1877; il dut garder le lit tout l'hiver. Le 10 février, expulsion de membranes et de sang par l'anus. Le 11, convulsions, coma et issue de bile jaune dans l'urine (ceci dura trois semaines), puis rétablissement incomplet. Le 1er avril, nouvel accès avec frisson, puis accès toutes les semaines. Douleurs de ventre avec frisson, et température de 40°. Augmentation de l'ictère. En mai, le foie est hypertrophié jusqu'à l'ombilic; la vésicule biliaire ne peut être sentie.

Longue incision oblique un peu au-dessus du bord inférieur du foie. A la place de la vésicule biliaire, on trouve adhérents, le côlon, l'intestin grêle et l'épiploon; pas d'adhérences aux reins ni à la vessie. Après décollement des adhérences, on sent dans la profondeur un calcul gros comme une cerise. Le cholédoque est dilaté, le cystique est réduit à un cordon. Dans le cholédoque, on sent une deuxième pierre; ces deux calculs se laissent écraser entre le pouce et l'index. En vue d'une intervention ultérieure possible, Kocher fait cinq sutures du canal cholédoque au duodénum.

Guérison. Il n'y a plus que des traces d'ictère le 20 mai. Le soir, selle colorée avec de nombreux calculs biliaires. Le 28 mai, sortie. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 août 1891. — Présidence de M. Tarnier.

La correspondance comprend :

1° Une note du docteur Alison sur le traitement du furoncle et de l'anthrax par l'acide borique;

2° Un travail du docteur Nadaud sur le traitement de la tuberculose par l'aristol en injections hypodermiques.

La toxicité des urines. — M. Semmola a eu l'idée d'injecter à des animaux (lapins, cobayes) les urines qui, comme on le sait depuis les travaux du professeur Bouchard, éliminent dans les maladies aiguës infectieuses des produits toxiques variés. Il a pensé que les toxiques devaient varier selon les symptômes présentés et qu'ils devaient reproduire ces symptômes chez les animaux. En effet, dans un cas de pneumonie grippale, le malade ayant eu des crises éclamptiques et tétaniques, l'injection de son urine reproduisit ces symptômes chez l'animal. Ces recherches sont fort utiles pour le diagnostic et, dans ce cas, ont permis d'affirmer qu'il ne s'agissait pas de méningite.

Epithélioma du frontal. — M. Terrier montre une malade à laquelle il a enlevé une partie du frontal, la dure-mère sous-jacente, avec une portion de la faux du cerveau.

La malade a guéri parfaitement. Il s'agissait d'un épithélioma ayant envahi les os frontaux en grande partie, ainsi que la membrane fibreuse. Il fallut lier et réséquer une partie du sinus longitudinal supérieur, enlever une partie des sinus frontaux du côté gauche.

Plaie de l'orbite. — M. Polaillon présente un malade qui, tombé sur son parapluie, s'enfonça l'extrémité de l'instrument dans l'orbite et se fractura la voûte orbitaire. L'extraction de l'agent vulnérant fut difficile; le blessé étant dans le coma, M. Poirier fit, à l'aide de la gouge, une ouverture dans le frontal et put enlever des fragments osseux, une partie du lobe antérieur du cerveau et énucléer l'œil. La guérison fut complète; le malade ne présente ni paralysie ni trouble de la sensibilité.

Traitement de l'endométrite. — M. Dumontpallier se sert maintenant de crayons au sulfate de cuivre contenant une partie de sel pour une de farine de seigle. Le traitement est souvent un peu plus long qu'avec le chlorure de zinc, mais la douleur est négligeable. Rarement il y a de la péri-métrite passagère. Il ne se produit pas de rétrécissement, et les règles sont normales. Un seul crayon suffit chez 60 malades sur 100 et la guérison est persistante. Actuellement, M. Dumontpallier réserve le chlorure de zinc pour les cas d'endométrite rebelle et commence toujours le traitement avec le sulfate de cuivre.

— M. Abadie lit une note préliminaire sur le traitement de la conjonctivite granuleuse.

Prophylaxie de l'ophthalmie des nouveau-nés. — M. Valude : L'introduction en obstétrique de la méthode de Crédé, c'est-à-dire l'instillation, au moment de la naissance, dans les yeux de l'enfant nouveau-né d'une solution de nitrate d'argent à 2 p. 100 a fait tomber considérablement la proportion des ophthalmies.

Toutefois, l'application de cette méthode n'est pas toujours parfaitement réalisable, parce que la solution de nitrate d'argent, même conservée dans les meilleures conditions, s'altère et devient inactive et, d'autre part, les sages-femmes n'ont pas qualité pour prescrire une solution d'un sel aussi caustique; or, c'est chez les sages-femmes des grandes villes que se produit la majeure partie des ophthalmies des nouveau-nés qui aboutissent aux pires conséquences.

Il serait donc intéressant de vulgariser l'emploi d'une méthode facile à mettre en pratique, innocente dans ses conséquences immédiates et en même temps sûre.

La poudre d'iodoforme insufflée au moment de la naissance dans les yeux des nouveau-nés semble répondre à ces désidérata, sans présenter quelques inconvénients du nitrate d'argent.

La poudre d'iodoforme, en effet, peut se conserver longtemps sans altération; elle ne peut être confondue avec aucune autre substance et l'usage peut en être permis aux sages-femmes. L'insufflation de la poudre d'iodoforme est aussi facile que l'instillation d'une solution de nitrate d'argent et l'on ne constate pas après l'iodoforme la petite réaction conjonctivale qui marque l'usage du nitrate d'argent ou du simple jus de citron employé avec succès par M. Pinard.

En raison de ces quelques avantages de commodité, il y aurait donc un motif d'adopter le mode de désinfection des yeux des nouveau-nés par la poudre, s'il était démontré que par ce moyen la prophylaxie de l'ophthalmie est aussi bien assurée que par le nitrate d'argent.

Or les statistiques recueillies dans le service de M. le professeur Tarnier et du docteur Bar, portant sur un chiffre de plus 500 enfants m'ont montré que, toutes choses égales d'ailleurs, désinfection maternelle et hygiène nosocomiale, la proportion des ophthalmies était deux fois moindre avec insufflation de l'iodoforme qu'avec l'application de la méthode de Crédé.

La poudre d'iodoforme finement porphyrisée se loge dans les culs-de-sac conjonctivaux, s'y maintient pendant plusieurs jours, en assurant l'asepsie du champ oculaire. La désinfection de l'œil est ainsi assurée, sans qu'on ait rien à redouter du côté de la cornée que l'iodoforme ne peut attaquer. De plus, il semble que les ophthalmies qui se déclarent malgré cette prophylaxie aient perdu une partie de leur virulence, la cornée est rare-

ment attaquée et surtout rarement compromise après la désinfection par la poudre d'iodoforme.

La nouvelle méthode peut se formuler ainsi : Aussitôt après la naissance, pendant le court instant d'arrêt qui précède la section du cordon, on essuiera les yeux du nouveau-né avec une boulette de coton hydrophile imbibée d'un liquide antiseptique quelconque, et on insufflera entre les paupières entr'ouvertes une petite quantité de poudre d'iodoforme finement pulvérisé.

Cette insufflation ne sera pas répétée.

FORMULAIRE

Injection antiblennorrhagique. — Jullien.

Sous-nitrate de bismuth..............................	10 grammes.
Résorcine..	3 —
Iodol...	1 gramme.
Vaseline liquide......................................	140 grammes.

Mêlez. — Une injection au moment du coucher et une autre au réveil contre la blennorrhagie. — N. G.

COURRIER

École de médecine de Clermont. — M. le docteur Bousquet est nommé professeur de clinique obstétricale et gynécologique.

— Le bureau du Syndicat des médecins de la Seine a été reçu par la commission sénatoriale, chargée d'examiner la loi sur l'exercice de la médecine votée par la Chambre le 19 mars, et lui a exposé les vœux du syndicat relativement :

1° A l'officiat de santé; 2° à l'obligation pour les médecins de déclarer à l'autorité les maladies épidémiques; 3° à l'obligation de déférer à toute réquisition de justice; 4° à l'exercice illégal de la médecine; 5° et au brevet spécial de dentiste.

L'accueil le plus bienveillant a été fait au bureau du Syndicat, et, après avoir écouté ses observations, la commission lui a promis d'étudier attentivement les documents déposés entre ses mains.

Bulletin bibliographique

Des maladies inflammatoires primitives de l'appareil digestif, par le docteur O. Dubois.

Cet ouvrage se trouve à Troyes, chez Martelet, imprimeur.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

Traitement de la tuberculose.

S'attendait-on à ce que le Congrès pour l'étude de la tuberculose dît le dernier mot de la question, c'est-à-dire donnât la solution si désirée du problème? Peut-être quelques-uns l'ont-ils cru; mais on a éprouvé, l'hiver dernier, une si forte désillusion, que la grande majorité des praticiens attend maintenant, pour se réjouir et pour chanter victoire, que l'on ait des motifs sérieux de le faire. Or, il faut bien le dire, ces motifs n'existent pas encore. Mais on n'en est cependant pas encore au premier pas; la prophylaxie est puissante, la vaccination antituberculeuse, comme l'ont montré MM. Grancher, Courmont et Dor, a fait un pas sérieux en avant, car ces messieurs ont démontré au moins qu'elle existe; il faut la nourrir et la faire grandir, et les laboratoires de Paris et de Lyon possèdent d'excellents milieux de culture.

Quant au traitement proprement dit de la tuberculose, il possédait déjà à son actif la créosote et l'iodoforme; d'autres médicaments sont venus s'ajouter à eux pour combattre le fameux bacille; c'est le chloroforme, administré en inhalations par M. Desprez (de Saint-Quentin); c'est le tannin, préconisé surtout en France par MM. Raymond et Arthaud; c'est le gaïacol, employé avec succès par MM. le professeur Picot (de Bordeaux), Weil et Diamantberger, etc.; les sels de plomb, et en particulier l'acétate, par M. Marquez (d'Hyères); l'ozone, par MM. Oudin et Labbé; l'acide osmique, par M. Valenzuela (de Madrid); l'huile camphrée, par MM. Huchard et Faure-Miller, etc.

Nous avons dit déjà ce qu'il fallait penser des injections de sérum de sang de chien ou de sang de chèvre. Ce sont d'excellents moyens reconstituants, croyons-nous, dont l'un, le sérum de chien, nous paraît plus pratique et plus inoffensif que l'autre, et qui mérite d'entrer couramment dans le traitement des phthisiques, dont il active l'appétit et relève les forces. Mais sa durée d'action est passagère et ne dépasse guère trois ou quatre semaines.

La créosote paraît avoir donné de meilleurs résultats, grâce aux moyens de l'administrer préconisés par MM. Tapret, Gimbert et Burlureaux.

On connaît maintenant la vaste cloche à air comprimé dont se sert M. Tapret pour faire inhaler à ses phthisiques la vapeur de créosote sous-pression. Nous n'en dirons que quelques mots aujourd'hui, la communication faite par notre confrère sur ce sujet devant paraître *in extenso* dans notre journal.

Les membres du Congrès se sont rendus à l'hôpital Saint-Antoine pour visiter la cloche et les malades en traitement. L'air, refoulé dans la cloche par une pompe à vapeur, traverse un vase rempli de créosote où il barbotte, puis un autre vase renfermant des copeaux de hêtre imbibés aussi de créosote. Les malades séjournent quatre heures par jour dans cette cloche et on observe une amélioration rapide des phénomènes sthétoscopiques, comme le montre la lecture des observations.

M. Gimbert a pu rappeler avec raison qu'il a été le premier, avec M. Bouchard, à préconiser la créosote dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Il l'emploie maintenant en injections pour éviter les troubles gastriques et il s'est arrêté à une solution définitive d'huile créosotée au 15e. Tous les principes actifs de la créosote (gaïacol, crésylol) sont donc ainsi employés. Il emploie une seringue à pression continue, que MM. Burlureaux, Guerder et Festal ont modifiée de diverses manières. Grâce à ces appareils très ingénieux, on peut faire les injections lentes, continues; il s'accumule sous la peau une énorme quantité d'huile, pouvant aller jusqu'à 200 grammes, mais qui s'absorbe assez vite, car, au bout de sept à huit heures, le goût de créosote éliminée par les voies respiratoires cesse d'être perçu par les malades.

Nous avons examiné au Val-de-Grâce les malades en traitement dans les services de MM. Laveran et Burlureaux et les longues feuilles d'observations qui sont prises depuis plusieurs mois, et nous avons pu nous convaincre des bons résultats obtenus. Notons qu'ici nous avons affaire à des prisonniers, détenus dans une infirmerie située sous les toits et dont le plafond n'a guère plus de 2 mètres 50 de hauteur, c'est-à-dire dans des conditions hygiéniques très défavorables. Aussi les résultats de MM. Laveran et Burlureaux, quoique très encourageants, sont-ils bien inférieurs à ceux qu'obtient M. Gimbert à Cannes. MM. Guerder et Vigenaud ont obtenu dans leur pratique, avec la même méthode, des résultats qui concordent entièrement avec ceux qu'ont exposés MM. Gimbert et Burlureaux. L'expectoration diminue, l'appétit revient et le poids augmente, dans les cas qui ne sont pas très graves.

Le traitement par le gaïacol n'a pas donné de moins bons résultats. M. le professeur Picot (de Bordeaux) y a joint l'iodoforme. Le premier résultat de ces injections, qui sont bien supportées par le malade, à condition d'être faites dans les masses musculaires, est de dessécher rapidement les cavernes et par conséquent de diminuer beaucoup l'expectoration. Les sueurs disparaissent bientôt, ainsi que la fièvre hectique. Quelquefois, au début, les malades constatent de l'affaiblissement que M Picot attribue à l'iodoforme. C'est dès la sixième injection que les crachats diminuent en quantité et en contenu microbien. Le souffle commun persiste alors que les gargouillements disparaissent; mais les injections sclérosantes doivent être longtemps continuées. Les nombreuses observations présentées par l'auteur montre les bons effets des injections, qui peuvent également modifier avantageusement les séreuses malades.

MM. Weil et Diamantberger revendiquent la priorité des injections sous-cutanées de gaïacol, qu'ils ont pratiquées à l'hôpital Rothschild depuis deux ans; ils n'ont jamais observé d'accidents et toujours ont vu le dessèchement des cavernes. Ils emploient une solution de gaïacol pur dans l'huile d'amandes douces stérilisée. Voici les résultats qu'ils ont obtenus :

14 tuberculeux au premier degré ont tous bénéficié largement de cette

médication, au point que 8 d'entre eux peuvent être considérés comme guéris et les 6 autres comme notablement améliorés. Sur 18 tuberculeux au deuxième degré, 3 aggravations, 2 morts et 12 améliorations. Enfin, sur 15 tuberculeux au troisième degré, le traitement a produit 7 améliorations manifestes.

M. le docteur Desprez (de Saint-Quentin), s'appuyant sur les propriétés microbicides du chloroforme dans le choléra, en est arrivé à traiter toutes les affections microbiennes, la tuberculose entre autres, par le chloroforme. Nous publierons *in extenso* cet intéressant travail.

M. Arthaud a associé la créosote au tannin et résume ses résultats dans une étude portant sur 1,233 tuberculeux. Il a vu le traitement étiologique réussir constamment dans la période d'invasion du tubercule sur 200 cas environ. Quant au tubercule adulte, ce traitement, favorisant l'élimination du tubercule et la sclérose périttuberculeuse, amène ainsi chez les malades une grande amélioration. Il faut y associer un traitement approprié contre la dénutrition par la suralimentation au moyen d'un régime équivalant à 1 kilogramme de pain et 400 grammes de viande, ration d'entretien peu différente de celle de l'homme à l'état de santé.

Voici le résumé des cas traités depuis six ans par la médication tannique : Sur 348 malades soignés à la période d'invasion, 36 ont été perdus de vue, 297 guéris et 15 améliorés. — 576 à la période d'état, 186 perdus de vue, 4 morts, 150 améliorés et 236 guéris. — 309 malades à la période d'état, 144 perdus de vue, 12 morts, 74 améliorés et 79 guéris.

M. le docteur Torkomian (de Scutari), nous a fait connaître un remède fort employé dans son pays sous forme de fumigations et de teinture. La plante, nommée Stoechas, est une labiée. La teinture est donnée à la dose de 20 gouttes par jour, et on augmente progressivement de 10 gouttes par jour jusqu'à ce qu'on ait atteint 20 à 30 grammes.

M. le docteur Valenzuela, médecin des hôpitaux de Madrid, fait usage de l'acide osmique mélangé à l'air suboxygéné qu'il fait respirer aux phthisiques. Les malades traités par cette méthode présentent les caractères d'une guérison définitive. Dans 30 cas, les phénomènes broncho pneumoniques ont disparu, les lésions ont diminué d'étendue; la rétraction cicatricielle du poumon avec déplacement des organes voisins fait évidemment les frais de la réparation.

Dans le traitement de la pneumonie chez les sujets tuberculeux ou menacés de tuberculose, M. Marquez (d'Hyères) recommande l'acétate de plomb. L'emploi des sels de plomb n'est pas nouveau dans le traitement de la phthisie, et il y a longtemps qu'on les administre avec succès contre les sueurs des phthisiques. L'auteur a employé l'acétate de plomb dans les cas énoncés plus haut; c'est un médicament puissant pour combattre l'hyperémie, abaisser la température, modérer les sécrétions, atténuer ou supprimer la diarrhée et relever l'état des forces.

M. Debacker, qui s'est fait le champion de l'antisepsie générale, la considère comme le meilleur palliatif et le meilleur curatif de la tuberculose; elle doit être dans tous les cas associée aux autres modes de traitement. Il préfère aux autres la voie hypodermique, et les antiseptiques dont il préconise l'usage sont la spartéine, l'arséniate de strychnine, l'eucalyptol, le gaïacol et le chlorure de zinc.

Le camphre, préconisé comme un antiseptique puissant du temps de Raspail, va-t-il s'attaquer maintenant au bacille de Koch? Rien ne s'y

oppose. Aussi MM. Huchard et Faure Miller ont employé des injections sous-cutanées d'une solution contenant 10 grammes de camphre pour 100 grammes d'huile d'olives stérilisée. Chaque injection de 10 centigrammes a été élevée ensuite à 25 centigrammes ; en dernier lieu, on a ajouté le gaïacol au camphre.

Ces injections ne sont pas douloureuses ; elles ne laissent à leur suite qu'une sensation légère d'engourdissement ; il n'y a jamais d'eschares ni d'abcès. La tolérance des malades reste parfaite pendant huit jours ; au bout de ce temps, les malades commencent à avoir dans la bouche le goût de camphre.

Les effets ont été le retour du sommeil, la suppression des sueurs, le retour de l'appétit, l'amélioration des digestions et le rétablissement de l'état général. On a pu se passer de la morphine. On n'a pas constaté chez les malades d'action immédiate sur le bacille, mais le camphre paraît modifier avec avantage le terrain tuberculeux.

M. Hénocque, qui poursuit avec tant de persévérance l'étude des indications que peut fournir à la pathologie la quantité d'oxyhémoglobine contenue dans le sang, a appliqué sa méthode au sang des tuberculeux pour apprécier chez eux la marche de la maladie et les résultats des médications de la tuberculose.

C'est principalement pour juger des influences thermales, de la médication arsénicale, des injections de lymphe de Koch, et d'autres liquides, ou pour rechercher les indications de l'intervention chirurgicale que M. Hénocque a employé sa méthode d'hémato-spectroscopie chez plus de 30 malades observés dans divers hôpitaux ou dans sa pratique particulière.

M. le docteur Solles (de Bordeaux) base son traitement prophylactique de la tuberculose héréditaire sur cette idée que l'hérédité se fait par des sporules. Ces sporules existent d'après lui. En effet, à la coupe d'une granulation miliaire, on ne trouve pas de bacilles, cependant, si cette granulation est inoculée à un lapin, il succombe à une véritable phthisie avec bacilles en grande quantité. D'autre part, dans les lésions scrofuleuses, qui sont bien de nature tuberculeuse, on ne trouve pas de bacilles. Ainsi s'établit l'existence d'une tuberculose non bacillaire, mais sporulaire. En conséquence, il faut, chez l'enfant entaché d'hérédité, même chez celui qui est simplement faible, surveiller et, au besoin, aider les émonctoires (peau, rein, intestin) ; ce serait là un moyen de prévenir l'éclosion de la tuberculose chez ces enfants. Il faut, d'autre part, rechercher la résolution des nids sporulaires par l'emploi de l'iodure de potassium et des bains salés. Chez ces enfants, on trouve des lésions multiganglionnaires que M. Solles considère comme de nature tuberculeuse.

Le traitement chirurgical de la tuberculose, ou des tuberculoses externes, nous a valu d'importantes communications de MM. Lannelongue, Verneuil, Poirier, Humbert, etc.

Dans une visite à l'hôpital Trousseau, faite le lundi 27 juillet dans la matinée, les membres du Congrès ont pu s'assurer *de visu* que les résultats favorables annoncés par M. Lannelongue dans le traitement des tuberculoses externes par les injections d'une solution au 1/10e de chlorure de zinc n'avaient nullement été exagérés. Le nombre des malades guéris avait même augmenté depuis la communication de M. Lannelongue à l'Académie de médecine, puisque deux semaines s'étaient écoulées depuis, et la guérison annoncée n'avait fait que s'accentuer. Des injections de chlorure de zinc

ont été faites séance tenante autour d'une sacro-coxalgie, afin de montrer aux membres du Congrès le manuel opératoire. Dans une longue et intéressante conférence, l'éminent professeur a présenté ses opérés, en indiquant l'opération qu'ils avaient subie et les résultats qu'ils en avaient retirés.

Dans une communication ultérieure, M. Coudray a fait connaître les bons résultats qu'il avait obtenus dans 9 nouveaux cas traités par la méthode sclérogène de M. Lannelongue, résultats qui sont analogues à ceux que nous connaissons déjà. Il insiste sur la nécessité de faire précéder les opérations, quand il y a des séquestres, des abcès, des injections sclérogènes qui limitent le mal et d'y adjoindre la compression, ainsi que le repos, avec un exercice méthodique et graduel.

Une autre visite fut faite à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Verneuil, où ont été présentés plusieurs malades traités par une autre méthode qui a déjà fait preuve d'efficaci‍té, celle des injections d'éther iodoformé. Nous y avons vu des coxalgies avec abcès, des arthrites du genou, d'énormes abcès froids, abcès froids provenant de maux de Pott, guéris entièrement. Les deux malades qui ont le plus attiré l'attention ont été : Un mal de Pott, guéri rapidement par les seules injections faites dans l'abcès, et une coxalgique dont la hanche était sillonnée de cicatrices, traces d'anciens abcès fistuleux que les injections d'éther iodoformé avaient taris.

M. Verneuil emploie toujours la solution à 5 p. 100, mais il a légèrement modifié la technique qu'il employait au début. Il laisse qnelque temps la canule dans la tumeur afin de permettre à l'éther de sortir après avoir déposé sur les parois de l'abcès l'iodoforme qu'il tenait en suspension, ce qui évite les distensions gazeuses parfois considérables et assez pénibles qu'il observait dans les premiers temps.

M. Redard emploie, dans le traitement des abcès froids, l'huile comme véhicule au lieu de l'éther, auquel il attribue les phénomènes d'intoxication signalés. Sans doute, on évite ainsi la distension gazeuse, mais les anfractuosités de la poche ne sont pas aussi bien atteintes par l'iodoforme véhiculé par l'huile que par l'éther. M. Redard nettoie d'abord la cavité de l'abcès avec de l'eau naphtolée à l'aide d'un trocart ordinaire. Dans ces conditions, on n'observe que l'effet thérapeutique si puissant de l'iodoforme. Le nombre des injections était de 2 ou 3 en moyenne. Les résultats ont été très bons dans les cavités parfaitement closes, et beaucoup moins satisfaisants dans les abcès à fistules et dans les plaies ouvertes. La statistique qui sert de base à ce travail est formée de 30 cas suivis pendant deux ans.

Depuis quelque temps, on s'attaque de plus en plus aux lésions tuberculeuses du poumon. MM. Poirier et Jonnesco nous ont donné un nouveau procédé pour arriver directement jusqu'aux cavernes pulmonaires par la paroi thoracique antérieure ou postérieure.

En avant, l'incision faite au thermo-cautère commence sur le milieu du sternum, à deux travers de doigt (4 centimètres) au-dessous de l'interligne sterno-claviculaire; elle suit le premier espace intercostal sur une longueur de 9 centimètres; on divise la peau, le tissu sous-cutané; on aperçoit le grand pectoral, dont on agrandit un interstice dans l'écartement duquel on voit alors l'espace intercostal avec ses muscles. Dans l'angle externe de la plaie, on peut quelquefois apercevoir la veine et l'artère thoraciques antérieures et plus rarement le bord supérieur du petit pectoral; dans l'angle interne, l'artère et la veine mammaires internes; la partie moyenne de la plaie est libre sur une longueur de 6 centimètres environ.

Les muscles intercostaux étant divisés par une incision parallèle à l'espace, on met à nu la plèvre, qui est adhérente ou non. Dans le premier cas, et c'est l'ordinaire quand il s'agit de cavernes tuberculeuses, le thermo-cautère ouvre largement la caverne; dans le second, on provoquera la formation d'adhérences et l'ouverture de la caverne sera remise à quelques jours, à moins que l'on ne préfère suturer les deux plèvres pour ouvrir immédiatement. Quelquefois, on sera obligé de traverser une épaisseur notable d'un tissu pulmonaire farci de tubercules avant d'arriver à l'excavation; on devra alors diriger l'instrument un peu en arrière et en haut.

En arrière, on fait l'incision depuis l'apophyse épineuse de la septième cervicale jusqu'à l'angle supérieur et interne de l'omoplate; on divise la peau et le trapèze, le rhomboïde, qu'on écarte pour apercevoir le tiers postérieur de la deuxième côte, qu'on doit réséquer dans l'étendue de 4 centimètres. On voit alors la plèvre. Cette voie doit être réservée à certains cas spéciaux; la voie antérieure, courte et facile, permet d'ailleurs un meilleur drainage.

M. Humbert recommande, dans le traitement de la tuberculose testiculaire, de ne jamais attendre pour agir chirurgicalement, car le testicule est toujours exposé à être envahi à la suite d'un abcès tuberculeux de l'épididyme. Il faut aussi ne pas pratiquer d'opérations partielles, ignipuncture, curage, injections iodoformées, etc., mais enlever largement la région envahie. Enfin il faut, autant que possible, éviter la castration totale, qui affaiblit beaucoup les malades et qui expose à une castration double quand les deux testicules sont pris. L'opération de choix est donc la résection totale de l'épididyme, accompagnée de la destruction de l'organe tuberculeux, quand le testicule est pris, à l'aide du thermo-cautère. Le malade conserve ainsi un testicule apparent, un *testicule moral*, comme l'a appelé M. Verneuil, et n'a plus de foyers tuberculeux. Quand le testicule est pris et qu'il existe des fistules scrotales, le traitement de choix est l'ablation à la curette de toutes les parties malades.

M. Verneuil est absolument d'avis de s'opposer toujours, autant que possible, à la castration, qui, outre l'effet moral, provoque souvent des granulies pulmonaires ou méningées extrêmement redoutables.

Lorsque le siège de la lésion tuberculeuse le permet, M. Clado la traite par la chaleur portée à un degré qui, au premier abord, paraît invraisemblable. On sait que le bacille de Koch ne vit pas au delà de 60 à 70 degrés. Pour les tuberculoses de la main et du coude, du pied et du genou, on fait une sorte de fourneau avec des briques chauffées, on entoure la partie malade d'ouate, et on la place au centre de ce fourneau. La température varie de 150 à 200 degrés, l'ouate roussit, et cependant la peau, protégée par l'évaporation de la sueur, ne souffre aucunement. Mais les bacilles sont détruits et les trajets fistuleux se cicatrisent rapidement.

M. le professeur Duret (de Lille) résume de la manière suivante son traitement de la tuberculose rénale. Dans cette affection, lorsqu'elle est bien localisée, l'intervention opératoire est indiquée; la néphrectomie primitive est rare; la néphrotomie n'a pas la même gravité, d'autant plus que, dans la suite, on peut recourir, s'il y a lieu, à la néphrectomie secondaire.

Au cours d'une néphrotomie, le grattage des foyers caséeux et tuberculeux peut incidemment conduire à la néphrectomie sous-capsulaire immédiate. M. Duret a pratiqué cette opération deux fois par la voie lombaire; la guérison s'était maintenue une fois plus d'une année.

REVUE DES CLINIQUES

Guérison d'une sclérose en plaques disséminées, par le docteur NAUWELAERS (1). — La sclérose en plaques est rare chez les enfants; la guérison est exceptionnelle. Le cas de notre malade est donc intéressant à un double point de vue.

On peut résumer l'histoire de la maladie en disant que la durée manifeste, mais peut-être pas réelle, parce que les premiers phénomènes peuvent avoir échappé à l'attention des parents, a été d'environ deux ans; que la marche de l'affection a été ascendante pendant un peu plus d'une année; qu'après un *statu quo* pendant trois mois environ est survenue l'amélioration, qui a été graduelle et assez rapide; que les symptômes on été, au début, la céphalalgie, les vertiges, les vomissements et des accès fébriles passagers, du strabisme, puis des troubles de la motilité consistant en tremblements intentionnels des membres, marche ataxo-spastique, augmentation des réflexes tendineux, atrophie des papilles optiques.

Nous retrouvons dans ces symptômes des éléments suffisants pour le diagnostic.

Le tableau morbide de la sclérose en plaques n'est pas unique. Il est, au contraire, très varié. Dans la forme type, les caractères principaux sont :

1° Le tremblement intentionnel qui disparaît lorsque le malade est au repos. C'est le symptôme capital de la maladie. Nous l'avons observé chez notre enfant.

2° Les troubles du langage : parole hésitante, scandée, indistincte, et, à la fin, presque incompréhensible. Dans notre cas, la parole est seulement un peu traînante, très légèrement scandée.

3° Le nystagmus. Ce phénomène a manqué absolument. Mais cela arrive encore, puisque, dans les 14 observations signalées par Marie, il a fait défaut huit fois.

En dehors de ces symptômes, les formes types se caractérisent encore par l'augmentation des réflexes tendineux, les vertiges, l'intégrité de la sensibilité et des fonctions vésicales et rectales. Nous avons constaté tout cela. Il existait cependant de la douleur à la pression de la colonne vertébrale et des gouttières latérales, ainsi que quelques rares douleurs spontanées dans les mollets, sous forme d'élancements. La cause était sans doute une congestion des méninges postérieures. De pareils phénomènes ont été relatés par d'autres observateurs.

Quant à la motilité dans la sclérose en plaques, à part le tremblement, elle peut être intacte sous le rapport de la force musculaire; ou bien celle-ci est affaiblie ou anéantie (parésie ou paralysie).

Le plus souvent, on observe des phénomènes spastiques qui dépendent, du moins en majeure partie, de l'exagération presque toujours considérable des réflexes tendineux. Nous avons observé la diminution de la force musculaire dans la moitié gauche du corps et la marche ataxo-spastique.

Des symptômes moins fréquents sont : l'affaissement intellectuel, des attaques apoplectiformes, épileptiformes.

Strumpell dit qu'on a signalé quelquefois l'atrophie de la papille optique.

Cette atrophie est très nette dans notre cas, et cependant la vue est toujours restée bonne, en dehors de quelques troubles pendant la période courte de strabisme. Cela s'explique par la conservation du cylindre-axe nerveux au milieu de la sclérose interstitielle qui atteint par place le nerf optique. Ce processus pathologique se retrouve en général dans tout les autres foyer scléreux de la maladie. Le cylindre-axe reste très longtemps intact; la myéline seule disparait. D'autre part, on n'observe pas de dégénérescence descendante des nerfs au delà de la plaque de sclérose. La conduction nerveuse reste donc parfaitement libre.

Suivant Althoff (communication faite à la Société de médecine de Berlin à la séance du 1er mai 1889), l'atrophie de la papille se rencontre chez les 40 p. 100 de malades atteints de sclérose en plaques. Chez les uns existaient des altérations de la vue, chez les autres pas. Quant à ce qui concerne les enfants, on n'a pas beaucoup de renseigne-

(1) Résumé d'après *La Clinique*, 1891.

ments sur l'état du fond de l'œil, à cause sans doute de la difficulté de l'examen chez eux.

Nous avons dépouillé les 14 observations publiées par Marie

Dans 9 cas, l'état de la papille n'est pas signalé. Quant aux 5 autres cas, dans 4 on a noté de l'atrophie précédée parfois de congestion; chez le dernier, le fond de l'œil était normal.

Suivant Uhthoff, les troubles de la vue sont rarement très prononcés lorsqu'ils existent. Ils consistent ordinairement dans des amblyopies passagères. Ils disparaissent avec l'amélioration de l'état général, et ils ne sont pas en rapport avec les altérations anatomo-pathologiques de la papille et du nerf optique. Ils s'observent surtout au début de la maladie, à la période congestive de la sclérose.

Le champ visuel offre des particularités intéressantes à noter. Il existe un scotome central qui est absolu ou relatif à certaines couleurs, surtout au rouge et au vert, tandis que les parties périphériques sont ordinairement libres. L'inverse s'observe dans l'ataxie locomotrice qui, elle aussi, présente, comme symptôme objectif, la papille blanche. De plus, dans cette dernière maladie, la vue va en s'affaiblissant progressivement à l'encontre de ce qui se passe dans la sclérose en plaques. C'est que, dans le tabes, il y a une véritable atrophie des nerfs optiques avec destruction des cylindres axes.

L'état du fond de l'œil est parfois d'une importance capitale pour le diagnostic des affections nerveuses. C'est pourquoi nous nous sommes permis d'entrer dans quelques détails.

Nous ne parlerons pas des formes anormales ou frustes de sclérose en plaques, qui peuvent simuler des maladies bien différentes du système nerveux. Cela nous entraînerait trop loin, puisque les lésions peuvent atteindre toutes les parties de l'axe cérébro-spinal et leur disposition varier à l'infini. D'ailleurs, notre cas se range parmi les formes types. Ce qui fait qu'il n'est pas entièrement conforme à celles-ci, c'est la non existence du nystagmus et le peu d'intensité des altérations de la parole. Malgré cela, le diagnostic de sclérose en plaques n'en est pas moins certain.

Le tremblement, qui ne se manifeste qu'à l'occasion de mouvements volontaires, exclut le tabès spasmodique, la paralysie agitante, la chorée. L'augmentation des réflexes, à elle seule, fait éliminer le tabes dorsalis de même que l'ataxie héréditaire de Friedreich.

Le pronostic de la sclérose en plaques est, en général, tout à fait défavorable. La maladie peut durer excessivement longtemps.

On observe des oscillations, des temps d'arrêt et des rémissions dans l'état morbide, mais la terminaison ordinaire est la mort, causée soit par une maladie intercurrente, soit par épuisement du sujet, soit par une attaque apoplectiforme ou épileptiforme.

Le cas que nous publions fait exception à cette règle. Nous avons tout lieu de croire à la guérison définitive et complète. Marie n'a relaté qu'un cas de guérison; encore celle-ci fut-elle incomplète, puisque son malade est resté sujet à des maux de tête violents, revenant assez fréquemment. Nous n'avons plus observé le moindre phénomène nerveux depuis plusieurs mois chez notre enfant. Cette terminaison heureuse pourrait faire penser que nous avons eu affaire à un cas de pseudo-sclérose, c'est-à-dire à une névropathie qui offre, au point de vue symptomatologique, la plus grande analogie avec la sclérose multiple, mais qui ne présente, à l'autopsie, aucune lésion organique quelque peu appréciable du système nerveux. Strumpell dit que le diagnostic de pseudo-sclérose ne saurait, à cette heure, être posé avec une certitude complète. L'altération de la papille nous permet d'exclure cette affection. La constatation de ce signe a donc une réelle importance, puisqu'elle assure le diagnostic et, par conséquent, assombrit en général le pronostic. Il est vrai que la papille blanche n'existe pas dans la moitié des cas de sclérose en plaques. Alors, il sera impossible actuellement de différencier les deux maladies. On peut se demander si l'atrophie papillaire n'est pas indépendante de la sclérose. Elle se rencontre dans l'atrophie congénitale du nerf optique. Mais alors nous aurions constaté les troubles de la vue. Ceux-ci n'existent pas. Elle se rencontre encore dans le ramollissement cérébral en foyers, la paralysie progressive des aliénés, dans l'épilepsie, dans le tabes

dorsalis. Nous avons exclu cette dernière maladie. Les autres n'ont rien de commun avec le tableau morbide que nous avons décrit. D'autre part, nous n'avons aucun signe de tumeur orbitaire ou cranienne qui puisse expliquer par compression l'atrophie du nerf optique. Celle-ci semble donc bien être le fait de la sclérose en plaques. Elle présente, du reste, les caractères particuliers propres à cette affection : la conservation de l'acuité visuelle, ou la diminution avec le temps des troubles de la vue.

Nous avons donc eu affaire à un cas non de pseudo-sclérose, mais de sclérose vraie.

Quant à l'étiologie de celle-ci, nous avons signalé, parmi les antécédents du malade, l'existence de la scarlatine. La distance de deux ans, qui sépare les deux affections, paraît devoir exclure toute relation pathogénique. Mais ce sont les parents qui ont déterminé la date des premiers symptômes. Ceux-ci peuvent avoir existé bien plus tôt, d'autant plus que la maladie débute souvent insidieusement. Ainsi, il existe des cas où l'on a observé des altérations du fond de l'œil plusieurs années, cinq ans dans un cas, avant la manifestation d'autres symptômes. Il n'est donc pas impossible que la scarlatine, maladie infectieuse, ait été l'origine de la sclérose. Marie a noté l'existence de la scarlatine, de la rougeole ou de la coqueluche, dans la plupart des cas. Il est vrai que presque tous les enfants sont atteints de ces maladies et que la sclérose en plaques est très rare chez eux. Mais, chez les adultes, la relation avec les maladies infectieuses, scarlatine, fièvre typhoïde, variole, a été également établie. Ce n'est sans doute que lorsque les microbes ou les produits microbiens ont une activité spéciale qu'ils produisent les lésions caractéristiques de la sclérose. Celles-ci sont ; un épaississement en certains points des parois vasculaires et, à leur pourtour, des foyers de sclérose occupant la névroglie et les plus petites cloisons conjonctives; les grosses travées sont épargnées.

On n'a jamais rencontré les altérations propres à la syphilis : syphiliome, gomme. C'est pourquoi la plupart des auteurs n'admettent pas cette origine, quoiqu'on ait rencontré assez souvent la sclérose multiple chez les individus atteints antérieurement de la vérole.

L'hérédité nerveuse ne se rencontre pas constamment. Un traumatisme sérieux n'a pas toujours existé. Pour toutes ces raisons, il est donc rationnel d'admettre l'infection à la suite d'une maladie aiguë comme cause de la sclérose en plaques, quoique la preuve ne soit pas faite.

REVUE DE CHIRURGIE

SOMMAIRE : Greffe osseuse. — La phlébite syphilitique. — La chirurgie des tabétiques.

I

M. le docteur Ricard vient de publier l'observation remarquable de *greffe osseuse* qu'il n'a fait que résumer brièvement en présentant sa malade à l'Académie (*Gaz. des hôpitaux,* 1891, 85).

La malade, âgée de 40 ans, avait subi, en 1889-1890, deux opérations qui l'avaient débarrassée d'un lymphadénome des fosses nasales ayant envahi le sinus maxillaire droit. Le 8 avril 1891, elle se présente à l'hôpital Saint-Antoine pour une tumeur de la région orbito-pariétale du côté droit; cette tumeur a le volume d'une noix et est apparue il y a six mois; les douleurs sont très vives et présentent de fréquentes exacerbations. Il s'agit évidemment d'un lymphocarcinome du frontal et l'on intervient le 15 avril. L'ablation de la tumeur laisse à nu la dure-mère dans l'étendue d'une pièce de cinq francs environ (5 centim. de large sur 4 de hauteur). Les bords de la perte de substance cranienne sont taillés en biseau aux dépens de la table externe du frontal. A l'aide de pinces coupantes, l'os coxal d'un jeune chien, que l'on venait de sacrifier, fut préparé de façon à s'adapter à l'orifice créé. La fosse iliaque, une partie de la courbe cotyloïde et de la branche horizontale du pubis constituèrent le fragment utilisé. On dut rejeter l'ischion, le pubis et sa branche descendante. Une partie de la plaie opératoire qui restait à découvert à la région interne fut obturée par un fragment du condyle fémoral du même chien.

L'hémostase faite, le lambeau des parties molles fut retiré, appliqué sur le fragment osseux et fixé par une suture; deux catguts furent placés à l'angle externe de la plaie, pour établir un drainage. Pansement iodoformé; compression ouatée.

Il n'y a aucune complication et la malade quitte l'hôpital, dix-huit jours après l'opération, parfaitement guérie.

Nous avons déjà dit que, quand M. Ricard a présenté sa malade à l'Académie, le résultat était toujours excellent.

Les précautions antiseptiques doivent être minutieuses. La région de l'animal a été rasée, savonnée, passée à l'éther, puis au sublimé. L'extirpation de l'os a été faite à l'aide d'instruments stérilisés à l'étuve. L'os a été dépouillé de toutes ses parties molles : ligaments, insertions musculaires et périoste, et a été immergé, en attendant sa mise en place, dans de l'eau stérilisée bouillie et maintenue à une température de 35° environ. Il est indispensable d'établir un drainage, afin d'éviter l'accumulation de sérosité entre la portion greffée et les parties molles, mais il doit être aussi minime que possible.

II

M. Charvot a tout récemment publié deux observations de *phlébite syphilitique.* (*Revue de chirurgie,* 1891, 7.) Cette affection est à peine indiquée dans les auteurs et on n'en connaît pas l'anatomie pathologique. Il est très probable que l'altération anatomique atteint de préférence la trame fibreuse de la paroi veineuse (Muselier et Nourrie). La paroi interne est certainement altérée, puisqu'il y a coagulation du sang et formation de caillots, mais on ne peut dire si elle est atteinte primitivement ou secondairement. Dans tous les cas, la thrombose est réduite à son minimum, car l'induration veineuse se déplace assez rapidement, n'occupe qu'une étendue fort limitée du vaisseau et la circulation est peu gênée, car l'œdème n'est jamais considérable.

Dans un des cas de M. Charvot, l'inflammation veineuse apparut environ un an après le chancre initial et coïncida avec une orchite. Elle semblait donc appartenir à cette phase de transition qui relie la fin de la période secondaire au début des accidents tertiaires. Dans la seconde observation, la syphilis semblait être au quatrième ou cinquième mois.

Chez les deux malades, l'inflammation envahit la saphène interne et s'y cantonna. Mais, chez le premier, elle progressa de bas en haut, tandis qu'elle affecta une marche centrifuge sur la cuisse du second, débutant par le triangle de Scarpa, pour s'allonger vers la face interne du genou.

La symptomatologie de la phlébite syphilitique offre beaucoup d'analogie avec celle que Schmitt attribue à certaines formes de phlébite rhumatismale.

La douleur attire d'abord l'attention sur la veine altérée. Elle siège sur le trajet connu de la saphène interne, s'exagère par la pression et les mouvements communiqués involontaires; elle présente des exacerbations nocturnes qui peuvent empêcher tout sommeil. Ces tiraillements douloureux gênent la marche, ainsi que la station de bout et paralysent le membre.

En même temps apparaissent les cordons veineux avec leurs renflements caractéristiques. La rougeur est plus intense, une traînée rosée, à bords déchiquetés, dessine sur la peau le trajet de la veine atteinte. L'œdème se borne à l'engorgement des malléoles et du pied; le membre garde sa coloration normale.

Chez un des deux malades de M. Charvot, il y a eu une fièvre légère.

Le diagnostic différentiel n'est pas toujours facile. La phlébite syphilitique ressemble absolument à la phlébite rhumatismale. Heureusement, les phénomènes généraux renseigneront vite un observateur attentif. D'après Schmitt, une recrudescence dans les phénomènes fébriles accompagnerait toujours la poussée phlébitique rhumatismale. Les antécédents du malade, la coexistence de quelque accident secondaire ou tertiaire viendront révéler la nature de l'inflammation veineuse. Il faut attacher une grande importance à l'exacerbation de la douleur pendant la nuit. Enfin, le traitement spécifique viendra lever tous les doutes.

La phlébite goutteuse se reconnaît facilement à son extrême mobilité, à la rapidité

avec laquelle elle envahit les veines du membre inférieur, à l'irrégularité des poussées inflammatoires et surtout à la ténacité de l'œdème, qui prend parfois des dimensions considérables.

L'efficacité de la médication spécifique est souveraine, et il est prudent d'élever rapidement la dose d'iodure à 4 et 5 grammes.

III

MM. Tuffier et Chipault ont eu occasion d'étudier un malade préataxique qui subit : 1° pour un *mal perforant*, une amputation de la jambe gauche; 2° cinq ans après, une amputation de la jambe droite pour supprimer un pied tabétique. Le pied gauche présentait tous les caractères du trouble trophique que l'on a récemment décrit sous ce nom; il ne sentait pas le sol et était le siège d'élancements. L'amputation de la jambe fut faite au tiers supérieur et la cicatrisation se fit bien.

Le pied tabétique est une lésion préataxique par excellence et précède les autres arthropathies. On a invoqué, comme cause, des névrites périphériques; dans un cas, M. Reboul n'a pas pu trouver de lésion, et l'examen des nerfs, dans le fait de M. Tuffier, a été négatif.

Ce qui est fort intéressant, c'est qu'il y avait, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, un mal perforant qui a guéri en quelque sorte spontanément pendant que se développait l'arthropathie du tarse postérieur. L'articulation était altérée d'une façon pour ainsi dire indépendante des autres; la tête du métatarsien, disparue en grande partie, était creusée en cuvette osseuse recevant l'extrémité postérieure de la phalange.

Le diagnostic exact de l'étendue des lésions osseuses est difficile dans le pied tabétique. C'est ainsi que M. Tuffier crut que les os de son malade était énormes; cependant le péroné et le tibia étaient de volume normal, et l'erreur tenait à la sclérose générale des tissus; l'épaisseur énorme du bord interne du pied tient à la sclérose des parties molles.

Il faut, dans les cas de ce genre, faire l'amputation assez haut, car M. Tuffier eut beaucoup de peine à recouvrir les sections osseuses avec le lambeau; les tissus paraissaient sains et cependant la sclérose les avait envahis, ce qui les rendait peu mobilisables. Il faut aussi se défier des hémorrhagies en nappe.

MM. Tuffier et Chipault tendent à admettre qu'il peut y avoir une véritable arthropathie primitive dans le mal perforant, venant se surajouter aux symptômes de sa première période, alors que l'ulcération n'a pas ouvert l'articulation et dénudé l'os et ne peut être regardée comme cause des désordres.

Cette arthropathie, lorsque le mal perforant est unilatéral, peut être bilatérale et précéder l'apparition d'un mal perforant du côté opposé. Elle persiste lorsque le mal perforant guérit, et il en est souvent de même de l'anesthésie. On peut en conclure que cette disparition de l'ulcération n'est qu'une guérison éphémère.

Les deux lésions, mal perforant et arthropathies, sont indépendantes l'une de l'autre, tout en dépendant de la même cause. La lésion articulaire est même plus tenace que le mal perforant, puisqu'elle lui survit.

De quelques nouvelles médications.

ACTION SÉDATIVE ET HYPNOTIQUE DE L'ATROPINE ET DE LA DUBOISINE, par N. OSTERMAYER. (*Nouveaux remèdes*, 1891, 8.)

I *Atropine.* — Elle jouit incontestablement de propriétés calmantes et, indirectement, agit aussi comme hypnotique. Cette dernière action est due à l'état paralytique des nerfs moteurs et sensitifs et à l'abaissement de l'excitabilité réflexe, d'où prédisposition à la somnolence et sommeil survenant plus facilement. Son action est moins énergique et moins sûre que celle de l'hyoscine, mais, en revanche, elle n'est jamais suivie de collapsus. Pas de phénomènes secondaires fâcheux, excepté dans un cas où l'on nota

de la diarrhée et des vomissements passagers qui, du reste, disparurent sans laisser de traces. L'action calmante de l'atropine se manifeste parfois même dans des cas où l'on avait échoué avec la morphine et l'hyoscine. Malheureusement, son action est par trop faible et incertaine pour que son emploi comme calmant se généralise. Dosage : 0 gr. 001 à 0 gr. 002 (pour une dose), et jusqu'à 0 gr. 003 en vingt-quatre heures. L'accoutumance survient souvent.

II. *Duboisine.* — Par son action calmante et hypnotique, la duboisine ne le cède pas à l'hyoscine dans le traitement des affections psychiques avec excitation. Elle est supérieure à celle-ci par l'absence des phénomènes secondaires fâcheux. L'action de la duboisine (pour la plupart des cas comme hypnotique) se montre ordinairement dix ou quinze minutes après son administration, parfois après vingt ou trente minutes. Dans le cas d'excitation interne, l'auteur recommande de prescrire la duboisine à la dose de 2 à 3 grammes et à la dose de 1 gramme à 1 gr. 50 dans l'insomnie sans phénomènes d'excitation motrice. Les malades s'accoutument, à la longue, au médicament. Mais, en augmentant la dose ou en le suspendant pendant quelque temps pour le prescrire, après un intervalle plus ou moins long, à la dose initiale, on lui rend toute son énergie comme calmant et hypnotique. Voilà pourquoi il vaut mieux remplacer partout l'hyoscine par la duboisine, surtout chez les sujets atteints d'affections cardiaques ou de lésions vasculaires où l'administration de l'hyoscine n'est pas sans présenter quelques dangers. De plus, la duboisine est bien meilleur marché que l'atropine. — P. N.

De l'action de l'hyoscine dans les affections mentales, par Serger.
(*Nouveaux remèdes*, 1891, 8.)

L'auteur déconseille l'emploi de l'hyoscine, comme calmant et hypnotique, dans le traitement des maladies mentales. Non seulement son action est incertaine, mais son emploi est encore accompagné de phénomènes secondaires fâcheux, tels que sécheresse de la gorge, déglutition rendue difficile, hébétude, stupeur, faiblesse, et surtout troubles circulatoires très accusés. — P. N.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* Lait *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes en cristal plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

Ecole d'anthropologie. — Dimanche 23 août, excursion à Nogent-sur-Marne sous la direction de M. A. de Mortillet. Visite de la collection de M. Eck, des sablières quaternaires du Perreux et de la station néolithique de Champigny.

Rendez-vous gare de l'Est, côté de la rue d'Alsace, à 8 heures 45 du matin.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

LUYS; GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

La chirurgie abdominale n'avait pas encore dit son dernier mot, et, malgré les nouveaux progrès que viennent de signaler à l'Académie MM. Gérard-Marchant, Terrillon et Chaput, peut-être reste-t-il encore quelque chose à faire dans cette complaisante cavité?

L'observation de suture de tout le bord antérieur du foie, présentée par M. Gérard-Marchant, n'est pas seulement intéressante par l'intervention opératoire elle-même, mais par la difficulté du diagnostic, qui n'a pu être précisé qu'après l'ouverture de l'abdomen. On est habitué, quand les organes intra-abdominaux sont flottants, à voir la paroi ventrale relâchée; il n'y en avait pas dans le cas actuel. Maintenant, quand, avec un rein flottant, on constatera des troubles hépatiques, on sera autorisé à supposer que le foie est également flottant.

C'est, paraît-il, la première fois que la suture du foie est pratiquée sur une aussi grande étendue; encore un beau succès à l'actif de la chirurgie française, d'autant plus que la malade, guérie de cette première opération, subit la néphrorrhaphie quelques semaines plus tard, et qu'actuellement le succès thérapeutique est parfait.

FEUILLETON

CAUSERIE

A propos de mon article sur Daviel, paru dans le numéro de l'*Union médicale* de samedi dernier, notre aimable confrère le docteur Ant. Ritti, médecin de la Maison nationale de Charenton a bien voulu m'envoyer sur cet homme éminent une anecdote que j'avais peut-être lue autrefois, mais que j'avais certainement, comme beaucoup d'autres, tout à fait oubliée. Elle est assez intéressante pour être publiée ici.

« Vous avez, dit M. Ritti, rendu un juste tribut d'éloges à ce savant et à cet homme de bien, une des gloires les plus pures de la médecine française.

Je n'ai vu citer nulle part ce qu'a écrit de cet illustre ophthalmologiste le grand Diderot; permettez-moi de vous envoyer la citation, elle pourra peut-être vous servir dans une de vos *Causeries*.

« La bienfaisance de Daviel conduisait, de toutes les provinces du royaume dans son laboratoire, des malades indigents qui venaient implorer son secours, et sa réputation y appelait une assemblée curieuse, instruite et nombreuse. Je crois que nous en faisions partie le même jour, M. Marmontel et moi. Le malade était assis, voilà sa cataracte enlevée; Daviel pose sa main sur des yeux qu'il venait de rouvrir à la lumière. Une femme âgée, debout à côté de lui, montrait le plus vif intérêt au succès de l'opération;

MM. Chaput et Terrillon ont pratiqué, dans un cas de cancer du cœcum, l'anastomose de l'intestin grêle avec l'S iliaque, de préférence à la résection, avec un succès complet.

Signalons encore une note de M. Crié (de Rennes), qui donne le sulfate d'atropine comme antidote dans les cas d'empoisonnement par les champignons, en particulier par l'oronge panthère. — L.-H. P.

La vaccination antituberculeuse.

Revenons un peu sur cette question, qui a été traitée au Congrès pour l'étude la tuberculose par MM. Grancher, Courmont et Dor.

Les expériences faites à Paris et à Lyon, sous la direction de M. Grancher d'une part, de M. Arloing de l'autre, ne laissent rien à désirer au point de vue scientifique. Les collaborateurs de ces chefs éminents, MM. Hipp, Martin et Ledoux-Lebard, Courmont et Dor, sont rompus aux recherches bactériologiques, et cependant, après plusieurs années d'étude, ils ne sont pas encore parvenus à un résultat définitif. Mais de combien de difficultés ces recherches ne sont-elles pas entourées! Et quelle modestie, que de réserves dans les conclusions! Tout y inspire la confiance. On marche à pas lents, mais on n'a pas à craindre d'être obligé de reculer.

De l'ensemble de ces faits, dit M. Grancher, résultat de l'observation attentive et prolongée de 82 lapins, en diverses séries, se dégage une première conclusion :

« Nous n'avons pas réussi à conférer aux lapins une immunité complète par une méthode inoffensive et sûre, mais nous avons fait un premier pas et qui n'est pas, croyons-nous, sans importance scientifique, en démontrant, par des expériences précises, l'action vaccinale du virus tuberculeux contre le virus tuberculeux lui-même.

Une seconde conclusion s'impose à l'esprit : c'est que le virus tuberculeux, atténué, employé comme vaccin, contient vraisemblablement une

---

elle tremblait de tous ses membres à chaque mouvement de l'opérateur. Celui-ci lui fait signe d'approcher, et la place à genoux en face de l'opéré; il éloigne ses mains, le malade ouvre les yeux, il voit, il s'écrie : Ah! c'est ma mère!.... Je n'ai jamais entendu un cri plus pathétique; il me semble que je l'entends encore. La vieille femme s'évanouit, les larmes coulent des yeux des assistants, et les aumônes tombent de leurs bourses. »

(DIDEROT, Addition à la *Lettre sur les aveugles.*)

Ne croyez-vous pas qu'il y aurait là le sujet d'un tableau? Si je connaissais un peintre, je l'engagerais à le traiter; son œuvre serait sans doute achetée par l'Etat pour être placée dans une des salles de l'hospice des Quinze-Vingts. »

Moi non plus je ne connais pas de grand peintre, mais j'aime à croire qu'un de nos lecteurs en connaîtra un et qu'il lui parlera de l'idée de M. Ritti. Si elle est mise à exécution, j'en serai très heureux; ce sera ma manière de le remercier de son obligeance pour les *Causeries* de Simplissime.

*
* *

Cette anecdote sur Daviel nous fournit l'occasion de rappeler l'attention sur un compatriote du grand oculiste, Pecquet, et par suite sur le livre du docteur Roger (du Havre) : *Les médecins normands du* XIIe *au* XIXe *siècle,* où se trouve la biographie des deux illustres confrères.

Pecquet était encore étudiant à Montpellier quand il mit au jour la découverte qui

substance vaccinale et une substance toxique. Celle-ci serait la cause des néphrites et paraplégies si fréquentes chez nos animaux, celle-là produirait, par un mécanisme que nous ignorons, une immunité plus ou moins prolongée, plus ou moins parfaite, suivant les circonstances. Quelques-unes de ces circonstances sont une forme nouvelle de l'action vaccinale de nos cultures. En effet, nous avons varié la formule de vaccination pour chaque série, multiplié, ici les virus faibles, là, au contraire, les cultures très virulentes. La méthode est donc efficace, puisque ses résultats varient quand elle varie elle-même.

Mais son efficacité est limitée. En outre, la vaccination par voie sanguine n'est pas inoffensive, puisque quelques vaccinés meurent de néphrite ou de paralysie, et quelques autres de tuberculose dans le cours de la vaccination.

Nous attendons des résultats meilleurs des vaccinations actuellement en cours; mais de là à la guérison de la phthisie pulmonaire de l'homme, il y a encore loin! »

Les résultats obtenus par MM. Courmont et Dor sont sensiblement semblables. Ils ne sont pas non plus une solution de la question de la vaccination antituberculeuse, mais ils sont les prémisses d'un résultat plus définitif et probable.

Comme à Paris, les expérimentateurs de Lyon ont vu que les cultures liquides des bacilles aviaires contenaient des produits solubles vaccinants. La filtration de ces cultures sur porcelaine fournit un liquide dont les propriétés vaccinales sont incontestables, bien qu'on ne puisse produire à coup sûr une immunité complète chez tous les sujets injectés. Ils ont trouvé aussi que ces cultures contenaient un produit toxique, et que la filtration de cultures atténuées fournissait un vaccin débarrassé de ce produit toxique.

La vaccination varie chez le lapin et chez le cobaye. Chez le lapin, elle peut s'obtenir par injections intra-veineuses, intra-péritonéales ou intra-conjonctivales; les premières paraissent plus efficaces et donnent une vac-

---

l'immortalisa. Voici dans quelles circonstances il fut conduit à ce résultat remarquable.

En s'occupant de la dissection d'un gros chien, le jeune anatomiste reconnut dans la veine cave une poche ou sac lactescent. Il prit d'abord la matière qui y était contenue pour du pus. Mais comme ce sac veineux, de même que les parties dont il était environné, étaient dans l'état le plus sain, et que d'ailleurs cette humeur ne se remarquait que dans la veine cave, Pecquet pensa que c'était du chyle. Un examen attentif lui fit reconnaître, dans les vaisseaux capillaires, des ouvertures très subtiles par où suinte l'humeur lactée... Ayant eu l'occasion d'ouvrir un autre chien, Pecquet prit le soin de lui donner de la nourriture une heure avant l'opération; il eut alors le bonheur et la gloire de découvrir le tronc commun des vaisseaux lactés et lymphatiques, qu'il vit se rendre dans le canal thoracique, lequel se termine enfin dans la veine sous-clavière gauche, qui à son tour se vide dans le cœur.

Les travaux de Pecquet eurent un énorme retentissement; ils étaient la confirmation la plus éclatante de la découverte, alors si contestée, du physiologiste Harvey.

On dit bien, mais les jaloux sont de tous les temps, que la découverte de Pecquet était due au seul hasard; qu'on lui connaissait de nombreux précurseurs; qu'Eustache notamment l'avait pressentie, en indiquant la vraie position du canal thoracique constatée chez le cheval. Il n'y eut pas jusqu'à Gui Patin, d'ordinaire mieux inspiré, qui n'ait lui aussi, senti le besoin d'accabler d'épigrammes le novateur. N'alla-t-il pas jusqu'à lui annoncer qu'il succomberait sous les coups de Riolan? Il n'eut ce jour-là que de l'esprit.

cination qui était encore solide au bout de sept mois. Chez le cobaye, les injections intra-veineuses ont seules fourni des résultats positifs.

Lorsque le lapin n'est pas rendu complètement réfractaire à l'infection, il est au moins transformé en terrain très résistant et l'infection tuberculeuse évolue alors sous la forme chronique, même à la suite d'inoculations intra-veineuses de virus allant jusqu'à 2 centim. cubes 1/2 d'une culture virulente. C'est aussi ce qu'ont vu MM. Grancher et Ledoux-Lebard chez des lapins qui, ainsi traités, ont survécu vingt-neuf mois et n'ont succombé qu'à des tuberculoses locales à marche très lente.

Enfin, MM. Courmont et Dor ont observé, chez le lapin, 4 cas de vaccination contre la tuberculose humaine pratiquée avec du vaccin aviaire.

Il ne faut donc pas, comme le dit M. Grancher, se faire d'illusions. « Telle ou telle des méthodes actuellement en honneur, et qui vise des cas particuliers, est un progrès sensible, considérable, si l'on veut; mais aucune, sauf celle de Koch, n'a osé s'attaquer à toutes les formes et à tous les degrés de la tuberculose et laisser entrevoir un nouvel âge d'or, où la phthisie serait bannie de l'humanité. Pour la réalisation de ce rêve, il faudra, croyons-nous, conférer l'immunité par une méthode de vaccination inoffensive et sûre, ou détruire le bacille dans les tissus, sans dommage pour le reste de l'organisme.

« Mieux que tout autre voie, la pathologie expérimentale semble capable de nous conduire au port. Et, bien que rien ne nous fasse prévoir la réalisation prochaine de nos espérances, il faut espérer... et travailler. »

Hernie inguinale interstitielle étranglée avec torsion de l'intestin dans l'abdomen; opération. — Disparition spontanée de l'étranglement intra-abdominal. — Guérison.

Observation recueillie par le docteur Emile Girat, de Neuvy-Saint-Sépulcre (Indre).

G..., 32 ans, a depuis son enfance une grosseur tout le long du trajet inguinal gauche.

« Le livre de M. Riolan contre Pecquet sera bientôt achevé. On dit que M. Pecquet menace de dire bien des injures à M. Riolan; c'est signe qu'il n'aura guère des raisons de reste. » De quel côté était la raison, s'il vous plait?

Pecquet n'en fut pas moins admis à l'Académie des sciences, en même temps qu'il était recherché dans la haute société, pourtant si fermée du temps de Louis XIV. Ce fut le surintendant Fouquet qui lui en ouvrit les portes, et Pecquet lui en sut gré jusque dans sa disgrâce. Comme La Fontaine et Pellisson, il resta son ami et se compromit assez pour se faire enfermer à la Bastille.

Au moment où on signifiait au surintendant l'arrêt qui le condamnait, Pecquet et Lavallée l'entouraient : « Les cris et les pleurs de ces pauvres gens, écrivait à ce propos Mme de Sévigné, ont navré, fendu le cœur de ceux qui ne l'ont pas de fer; ils faisaient un bruit si étrange que M. d'Artagnan a été obligé de les aller consoler, car il semblait que c'était un arrêt de mort qu'on vînt de lire à leur maître; on les a mis tous les deux dans une chambre de la Bastille, on ne sait ce qu'on en fera. »

Quelques jours après, dans une nouvelle lettre, elle rendait cet hommage à Pecquet : « Pecquet et Lavallée sont à la Bastille; en vérité, cette conduite est admirable. »

Est-ce à dire que l'existence de Pecquet fut une carrière toute de vertu et de dévouement? Sans doute, on ne peut lui reprocher le manque de zèle professionnel (dans une de ses visites, il fit une chute de cheval si malheureuse qu'il se fractura la jambe), mais il avait un vilain défaut, à peine excusable chez un homme de cette éducation : il se grisait comme un templier. S'il buvait l'alcool, il le conseillait au besoin, ce qui est une cir-

Le 25 mai 1891, à la suite d'un effort et d'une longue marche, il éprouve des douleurs violentes, s'aperçoit que le trajet inguinal est plus gros que de coutume, a des envies de vomir et ne peut aller plus loin. Il revient cependant chez lui à pied et m'envoie chercher à une heure de l'après-midi. Ne pouvant m'y rendre de suite, je conseille : 1° repos au lit; 2° onctions belladonées; 3° cataplasmes. A trois heures, je constate dans le trajet inguinal gauche, et remontant dans le ventre, où l'on sent un plateau dur et douloureux, une tumeur dure, douloureuse, allongée, formant boudin. Dans les bourses, la tumeur descend jusqu'au testicule; le tout n'est pas plus gros que le petit doigt. J'introduis d'ailleurs l'extrémité de l'index dans l'orifice inférieur du canal inguinal, qui est assez large. Douleurs violentes, pouls petit, anxiété très grande, vomissements fréquents, pas de gaz. J'essaie le taxis sans succès. Je n'insiste pas et diagnostique une enterocèle inguinale interstitielle, étranglée dans le canal ou à l'orifice supérieur. Traitement : bain tiède; pilules belladonées; cataplasmes. Je déclare au malade que, si le lendemain la tumeur est aussi dure, et s'il n'a pas rendu de gaz par l'anus, une opération sera nécessaire.

26 mai, huit heures du matin. — Consultation avec deux confrères. L'état est le même; seulement le cordon, jusqu'au testicule, paraît plus volumineux, sans dépasser la grosseur du doigt. Temporisation. Lavement d'eau de Seltz.

27 mai, huit heures du matin. — Nouvelle consultation avec trois confrères. L'aspect de la tumeur a changé. Le cordon paraît bien plus volumineux (gros comme le pouce au moins); au contraire, le canal inguinal et la tumeur en boudin, qu'on sentait très bien la veille dans le ventre, sont moins volumineux. L'index pénètre difficilement dans le canal. Vomissements bilieux continuels, pouls petit, pas de matières, pas de gaz.

Un d'entre nous, celui qui voyait le malade pour la première fois, crut tout d'abord à une inflammation du cordon et à un pseudo-étranglement. J'insistai cependant sur la non émission de gaz, sur l'aspect de la tumeur la veille, et soutins qu'une anse d'intestin était pincée.

Bref, une intervention était indispensable pour confirmer le diagnostic et porter secours au malade. Incision, suivant le trajet inguinal, de 3 à 4 centimètres au-dessus et au-dessous de l'arcade crurale. Après dissection des couches superficielles, je tombe sur de l'épiploon qui descend jusqu'au testicule en suivant le cordon. Je le résèque, et, en écartant, j'aperçois à l'orifice inférieur du canal inguinal une anse d'intestin noirâtre. J'introduis facilement l'index dans cet orifice. L'intestin est étranglé dans le trajet inguinal, entre l'aponévrose du grand oblique et le fascia transversalis fibreux. Dégage-

---

constance légèrement atténuante. De cette méchante habitude, il ne se guérit jamais. « L'eau-de-vie fût pour lui, assure un de ses contemporains, une eau de mort. Elle lui brûla les entrailles et avança ses jours, qu'il aurait pu employer utilement au service du public. »

Gui Patin triomphait une fois de plus, lui qui disait des alcooliques : « les poisons sucrés qui tuent à coup sûr... ils donnent la vie à ceux qui la vendent et la mort à ceux qui en usent. »

*
* *

Je ne sais si j'ai déjà raconté que qui fait appeler le médecin le paye. En tout cas, il n'est pas inutile de le répéter. Il arrive assez fréquemment que des gens peu scrupuleux, pour se donner vis-à-vis du public un vernis de générosité et de philanthropie, demandent à un médecin de soigner un malade ou un blessé, avec les chaleureuses recommandations que l'on sait. Puis, ils refusent de régler les honoraires, tout en répétant partout qu'ils ont fait soigner le malade à leurs frais. Toute question pécuniaire à part, le médecin joue un rôle de dupe et devient l'instrument complaisant d'une popularité acquise sur son dos. Il existe à ce sujet un arrêt de la cour de cassation trop peu connu et qu'il est bon de rappeler :

« Par un arrêté du 4 décembre 1872, la cour a décidé que celui qui a pris l'initiative d'appeler un médecin auprès d'un malade peut être considéré par là comme s'étant obligé. »

ment facile en débridant et en dilatant avec le doigt. Mais, quand nous pensons l'opération terminée, nous nous apercevons que l'intestin est serré plus haut, et il nous est impossible de pénétrer tout d'abord dans le ventre. Dilatation digitale de l'orifice profond. L'intestin ne peut toujours pas rentrer. En le suivant, nous découvrons qu'il traverse une ouverture anormale immédiatement à côté et en dedans de l'orifice profond du trajet inguinal, dont elle est séparée par une bride assez résistante. (Cette ouverture anormale est sans doute une éraillure du fascia transversalis fibreux au niveau de la dépression normale, fossette moyenne.)

L'intestin étiré, tordu sur lui-même, forme une anse qui n'est pas plus grosse qu'un porte-plume. Nous dilatons péniblement l'ouverture anormale avec l'extrémité de l'index. Cette fois, l'intestin peut rentrer dans l'abdomen. Nous l'attirons néanmoins un peu au dehors pour juger de son état; il vient très mal, et nous nous apercevons qu'au-dessus, dans le ventre, l'intestin est serré comme par un cordon.

Après avoir essayé en vain de dégager l'anse d'intestin herniée, nous songeons un instant à la laparotomie. Mais ses dangers, l'incertitude de ses résultats dans de semblables conditions, et le temps pendant lequel cet homme est déjà resté sous le chloroforme (plus de deux heures) nous y font renoncer. Nous rentrons l'intestin tel quel dans le ventre. Pansement antiseptique.

Nous craignons néanmoins que l'agent d'étranglement intra abdominal, que nous n'avons pu lever ni apprécier d'une manière certaine, ne continue à étrangler l'intestin et qu'il ne survienne une péritonite suraiguë par gangrène et perforation.

27 mai. — Après l'opération, le malade se sent mieux pendant quelques heures, mais continue à vomir; puis il est repris de douleurs très violentes dans la soirée. Facies grippé, pouls filiforme, pas de gaz.

28 mai. — Douleurs extrêmement violentes, pouls petit, pas de gaz, ventre ballonné, sensible; sueurs. — Pommade mercurielle belladonée; injection de morphine matin et soir.

29 mai. — *Mieux sensible.* Emission de gaz par l'anus.

30 mai. — Vomissements, douleurs extrêmement violentes dans la soirée. — Pommade mercurielle belladonée.

31 mai. — Mieux. Ventre moins sensible; issue de quelques gaz par l'anus pendant la nuit. Coliques violentes le soir. — Laxatif déterminant l'exonération d'un demi-vase de matières dures. Soulagement très manifeste.

2 juin. — Réunion complète par première intention. Le ventre reste un peu sensible,

---

*
* *

Nous avons déjà signalé dans plusieurs articles l'insuffisance des études médicales en Amérique et la nécessité d'apporter de sérieuses réformes à l'état de choses actuel. Les médecins américains commencent à s'apercevoir que les études à la vapeur ne sont pas compatibles avec une science comme la médecine et qu'une durée de deux ans est insuffisante.

L'Université de Pennsylvanie à Philadelphie, l'un des établissements d'enseignement médical les plus renommés de l'Amérique, a porté depuis quinze ans la durée des études à trois ans au lieu de deux ans!! durée habituelle dans la plupart des écoles médicales du Nouveau-Monde. Elle est sur le point d'établir des cours d'une durée de cinq ans sur la proposition du docteur Pepper; mais, comme une pareille innovation — pour l'Amérique — n'est pas sans entraîner des risques pécuniaires, le docteur Pepper vient en aide au corps enseignant en souscrivant une somme de 50,000 dollars et en s'engageant à payer pendant cinq ans 1,000 dollars pour contribuer à couvrir les frais de ladite innovation.

*
* *

M. le docteur de Valcourt donne dans la *Gazette médicale de Paris* une traduction d'un article du *British medical Journal* blâmant vivement l'obstructionnisme de certains Anglais éminents, relativement à la médecine expérimentale et aux vivisections en Angleterre.

mais le malade est guéri. Il est probable que ce cordon que l'on sentait dans le ventre, au-dessus de l'anse herniée, était dû à une torsion très serrée de l'intestin, qui a disparu d'elle-même deux jours après l'opération.

Depuis cette époque, G... va bien, mais éprouve de temps à autre des douleurs assez vives dans l'hypochondre droit.

REVUE D'OPHTHALMOLOGIE

SOMMAIRE : Les amblyopies toxiques. — L'ophthalmie purulente des nouveau-nés.

M. Chaltin, dans un travail intéressant publié par les *Archives médicales belges*, a résumé nos connaissances sur les *amblyopies toxiques* dont la plus fréquente est l'*amblyopie alcoolique.*

I. Dans cette amblyopie, l'affaiblissement de la vue se produit brusquement et progresse rapidement; quelquefois la maladie reste stationnaire et même rétrocède. Une vive lumière éblouit le malade et accentue le trouble visuel. Dès que le jour baisse, la vue s'améliore; les lunettes fumées sont un bon palliatif. L'acuité visuelle est diminuée par l'existence d'un scotome central et la vision périphérique conserve son intégrité. La vision des couleurs est également troublée dans la région du scotome, de telle sorte que la rétine est devenue daltonienne dans sa partie centrale (Noël). Le malade est généralement averti de cette dyschromatopsie par la confusion qu'il fait de la monnaie d'or et d'argent.

Ordinairement le sens chromatique est atteint en premier lieu. Le rouge et le vert paraissent gris, le violet paraît bleu, le jaune et le bleu persistent et ne disparaissent que très tardivement. Galezowski a découvert une autre forme de dyschromatopsie qu'il appelle « contraste morbide et simultané des couleurs ». Elle consiste en une persistance trop longue de l'impression colorée sur la rétine. Le malade distingue bien la première couleur qu'on lui présente, mais si on la retire brusquement pour la remplacer par une autre, la première impression colorée persistera, et, pendant quelques secondes, le malade continuera à voir la première couleur. L'amblyopie alcoolique présente encore des troubles visuels bizarres; c'est ainsi que les malades voient brusquement un objet, qu'ils fixent, changer de forme, de place, s'approcher ou s'éloigner

---

Le peuple anglais est essentiellement pratique et va généralement droit au but lorsqu'il s'agit d'obtenir un résultat nettement déterminé. Telle est la règle générale, mais en voici une exception due à un sentimentalisme exagéré. On sait qu'à la suite de longues discussions, et malgré les efforts des plus illustres savants, le Parlement a donné force de loi au *Vivisection Act*, lequel, sous prétexte d'épargner les animaux, paralyse, en Angleterre, la physiologie et la médecine expérimentale.

Paris possède l'Institut Pasteur, Berlin l'Institut Koch, Londres ne voudrait pas rester en arrière. Le gouvernement anglais se refusant à rien faire, il s'est constitué une association privée, *The British Institute of preventive Medicine*, afin de faciliter les recherches bactériologiques dans la Grande-Bretagne. Cette société réclame pour sa constitution l'autorisation administrative, nécessaire à son existence légale, mais elle se bute contre le mauvais vouloir de l'administration.

Une députation composée de 150 membres, comprenant les noms les plus considérables de l'aristocratie et de la médecine, de la chirurgie, de la physiologie et de l'art vétérinaire, s'est présentée devant sir Michael Hicks Beach, ministre du commerce; la parole a été prise successivement par sir Henry Roseoc et sir Lyon Playfair, docteur en médecine, membres du Parlement; par sir Joseph Lister, le docteur Lankester, professeur à Oxford, etc.

Le docteur Ruffer, secrétaire de l'association, a lu des lettres d'adhésion des professeurs Huxley et Tyndall, empêchés par leur santé.

Le professeur Tyndall raconte dans sa lettre, que se rendant l'année dernière en Suisse,

d'eux; quelquefois il y a diplopie. Les hallucinations, pendant l'insomnie, sont fréquentes, et la mydriase la règle; l'accommodation est également en souffrance. L'affection est toujours binoculaire.

Le pronostic de l'amblyopie alcoolique est favorable si l'on peut soustraire le malade à sa funeste habitude. Les récidives sont toujours suivies d'aggravation.

L'affection consiste, anatomiquement, dans une névrite interstitielle chronique rétro-bulbaire. Cette névrite attaque un faisceau de fibres optiques dont elle amène l'atrophie, et l'on a pu suivre ce faisceau atrophié jusque dans les bandelettes optiques.

La suppression des boissons alcooliques est nécessaire pour la guérison, et cette suppression doit être brusque. Localement, on emploiera les instillations d'ésérine ou de pilocarpine pour combattre la mydriase. Pour relever l'action nerveuse affaiblie, on aura recours aux injections de strychnine, aux courants continus, à l'hydrothérapie, notamment aux douches oculaires.

II. L'*amblyopie nicotinique* est beaucoup plus rare que l'amblyopie alcoolique. Quelquefois les deux existent ensemble.

Le début de la maladie est lent et insidieux, la marche en est progressive et il n'y a pas de périodes d'amélioration ou d'aggravation. Les malades voient moins bien le soir ou quand le temps est couvert. Le trouble de la vision est dû à un scotome central qui débute à la tache aveugle pour s'étendre au delà de la macula. L'acuité visuelle est ordinairement réduite à 1/10e. Le scotome est tantôt monoculaire, tantôt binoculaire; dans ce dernier cas, un des deux yeux est plus gravement atteint que l'autre. Il y a, dans la zone du scotome, la même perversion chromatique que dans l'amblyopie alcoolique.

La pupille est très rétrécie et sa mobilité diminuée.

Le pronostic est favorable si l'on peut obtenir la suppression de l'usage du tabac; les récidives sont plus graves et peuvent finalement aboutir à l'atrophie. La lésion est la même que dans l'amblyopie alcoolique.

Comme traitement prophylactique, on doit recommander au fumeur de se restreindre le plus possible. D'après Sichel et Mackensie, 15 à 20 grammes de tabac, fumés par jour, constituent une dose toxique; on doit recommander, pour ceux qui fument la pipe, l'usage d'un réservoir d'eau, comme dans les pipes turques. Quand l'amblyopie existe, naturellement le tabac sera interdit, puis on aura recours aux inhalations de nitrite d'amyle, aux injections sous-cutanées de strychnine, aux courants continus et aux douches oculaires.

---

il avisa sur le steamer entre Douvres et Calais un pauvre petit garçon triste et solitaire et lui demanda où il allait; l'enfant répondit qu'ayant été mordu par un chien enragé, il était envoyé à Paris pour être traité à l'Institut Pasteur. Comment se fait-il, ajoute le professeur Tyndall, qu'un petit Anglais soit obligé de rester des heures et des jours sous l'influence du virus rabique jusqu'à ce qu'il ait atteint un pays étranger, au lieu de trouver des soins dans sa patrie?

A toutes ces objurgations, sir Michael Hicks Beach répondit en tirant une réponse préparée à l'avance, alléguant qu'il ne pouvait pas donner l'existence légale à une association de médecine expérimentale sans l'assentiment de son collègue le ministre de l'intérieur et autres raisons de non-recevoir, prouvant qu'au fond il était opposé à toute expérimentation sur les animaux et trouvait tout naturel d'entraver les mouvements scientifiques.

Le *British medical Journal* espère qu'un jour prochain viendra où la science pourra vaincre cette « obstruction officielle ». C'est possible, mais ce sera difficile, puisque cette obstruction résiste même aux médecins et chirurgiens de la Reine, qui depuis longtemps prêtent tout leur concours au mouvement en avant, sans faire un pas de plus.

SIMPLISSIME.

III. *Amblyopie saturnine.* — Le saturnisme peut déterminer une altération de la vue par la présence soit d'une névrite optique, soit d'une rétinite albuminurique; mais parfois l'ophthalmoscope ne décèle rien, et l'on doit admettre l'existence d'une amblyopie saturnine.

Le début en est souvent tout à fait brusque et la marche tellement rapide que, du jour au lendemain, il peut survenir une cécité complète. La rétrogradation peut se faire de même et la vision redevenir normale en quelques jours ou quelques heures. Quelquefois, cependant, la durée de la maladie est longue et le malade ne recouvre pas la vue dans toute son intégrité. Parfois, enfin, la vue ne baisse que peu à peu, et il se développe un scotome central sans rétrécissement du champ visuel. Cette amblyopie s'accompagne de mydriase et est toujours binoculaire.

Les artères rétiniennes sont filiformes; aussi on a attribué la maladie à un spasme artériel, spasme qui expliquerait bien l'invasion et la disparition brusque du trouble visuel.

Le traitement est celui du saturnisme.

IV. *Amblyopie quinique.* — L'abus de la médication quinique amène rapidement l'amblyopie. Le médicament semble exalter d'abord la sensibilité rétinienne et le malade se plaint au contact d'une vive lumière. Mais que l'intoxication augmente, la vision centrale baisse considérablement, le champ visuel se restreint et le sens chromatique est aboli; si l'on continue à administrer le médicament, on aboutit à l'amaurose absolue.

Cette amblyopie survient au bout de deux à quatre jours, si l'on use de doses massives, telles que 3 à 4 grammes de sulfate en vingt-quatre heures; mais elle peut aussi se développer graduellement par un traitement prolongé à doses moindres. Cependant, il ne se rencontre guère d'amblyopie quinique quand on n'a pas dépassé la dose de 2 grammes par jour.

L'amblyopie est binoculaire et s'accompagne de mydriase.

Le pronostic est en général favorable; la guérison se fait lentement; parfois les troubles de la vision persistent et l'on a pu constater une cécité complète avec atrophie papillaire.

A l'ophthalmoscope, on trouve simplement des signes d'ischémie rétinienne.

V. M. Chaltin pense avoir rencontré deux cas d'amblyopie causée par l'*antipyrine*.

Le *salicylate de soude* pris à la dose de 10 à 12 grammes en vingt-quatre heures, a, chez des personnes sensibles à la médication salicylée, amené une cécité complète, mais passagère; quelques heures d'arrêt dans la médication suffisaient pour faire disparaître complètement l'amblyopie. Cette amaurose s'accompagnait de mydriase, de surdité et d'une grande somnolence. A l'ophthalmoscope, on constatait l'existence d'un spasme artériel.

Le *sulfure de carbone* produit aussi l'amblyopie. La vision centrale présente une lacune; à son niveau, la faculté visuelle est émoussée, sinon abolie; on y observe également de la dyschromatopsie. La vision périphérique reste normale. Il y a souvent des périodes d'amélioration et d'aggravation. L'affection est toujours binoculaire, la mydriase modérée, et, dans les cas invétérés, on constate une anesthésie de la cornée. Naturellement il y a coïncidence des symptômes généraux de l'intoxication. Le pronostic est relativement bon; la guérison survient généralement quand la cause cesse d'agir, mais les rechutes aggravent le pronostic.

VI. Enfin, on peut légitimement ranger parmi les amblyopies toxiques, l'*amblyopie glycosurique.* Le diabète peut produire des lésions de divers ordres dans l'appareil visuel: kératites, cataractes, hémorrhagies rétiniennes, épanchements sanguins dans le corps vitré, paralysie des muscles extrinsèques ou intrinsèques; mais il amène aussi une amblyopie sans lésions. Cette amblyopie ressemble en tous points à l'amblyopie alcoolique. Le début est brusque, la vision centrale présente un scotome, la perception des couleurs est également trouble à ce niveau. L'affection est souvent monoculaire, quelquefois binoculaire; la mydriase est à son maximum.

II

Dans un rapport présenté à la Société médicale du Nord, M. Delapersonne donne les instructions suivantes au sujet de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés.

L'ophthalmie purulente des nouveau nés est une maladie très grave qui, tous les ans, rend aveugles un grand nombre d'enfants. Les statistiques officielles prouvent que, une fois sur trois, la cécité chez les enfants est due à cette maladie et qu'elle aurait pu être évitée par des soins intelligents et rapidement donnés.

L'ophthalmie commence ordinairement dès le lendemain de la naissance; mais elle peut débuter vers le huitième ou dixième jour.

Pour éviter ces graves dangers, il faut prendre les précautions suivantes :

1° On fera des injections vaginales antiseptiques avant l'accouchement, lorsque des pertes blanches abondantes feront craindre une contagion pour l'enfant.

2° Chez tous les enfants, immédiatement après la naissance, avant le bain, on lavera les paupières avec une solution antiseptique, au moyen d'un linge fin très propre, ou mieux d'un petit tampon d'ouate hydrophile. On se servira soit de la solution d'acide phénique au 1/100e, soit de parties égales d'eau bouillie et de liqueur de Van Swieten, soit d'une solution qui sera formulée ainsi :

N° 1.	Sublimé........................	0 gr. 10 centigr.
	Acide tartrique..................	0 gr. 20 —
	Eau distillée.....................	200 grammes.

Aussitôt après, les paupières seront entr'ouvertes et on fera tomber dans chaque œil, avec un compte-gouttes, une baguette de verre, ou simplement un bout de papier, une goutte du collyre suivant :

N° 2 (flacon coloré).	Nitrate d'argent....	0 gr. 10 centigr.
	Eau distillée........	10 grammes.

Les formules 1 et 2 pourront être délivrées aux sages-femmes; il suffira de faire suivre l'ordonnance de la mention : « Pour les yeux. »

Ces flacons devront toujours être apportés par les sages-femmes en même temps que les objets indispensables pour l'accouchement.

3° Si, malgré ces précautions, les premiers signes de gonflement et de sécrétion se produisent, on devra immédiatement appeler le médecin, qui, seul, pourra faire les cautérisations nécessaires.

4° Lorsqu'on sera obligé de soigner une ophthalmie purulente, on mettra soigneusement de côté tous les objets qui serviront au pansement. Après chaque lavage de l'œil, on brûlera les linges ou l'ouate qui auront servi. On se lavera convenablement les mains avec du savon et on les trempera dans une solution toujours préparée à cet effet, solution d'acide phénique au 1/40e ou liqueur de Van Swieten pure.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement de la coqueluche, par le docteur Fr. Schilling. (*Ann. de Gand*, 1871.) — L'auteur a traité 62 enfants, dont quelques-uns n'ayant que 10 à 12 semaines, par des inhalations d'eau chloroformée. Il ajoute, à la petite chaudière de l'appareil à inhalation, deux à trois fois autant de gouttes de chloroforme que l'enfant compte d'années. Le liquide pulvérisé est froid, pour refroidir le jet de vapeur.

Les inhalations se répètent quatre fois par jour. Les résultats en sont satisfaisants. La maladie s'arrête après quelques jours; en huit jours l'intensité et la fréquence des accès tombent; la période convulsive se termina, dans un cas, la cinquième semaine, quatre fois pendant la deuxième, vingt-huit fois dans la troisième, vingt et une fois après la troisième, huit fois pendant la quatrième semaine. Les inhalations, même, n'eurent aucun effet fâcheux.

Salkowski attribue l'efficacité du traitement à l'action antiseptique de l'eau chloroformée. — P. N.

SOCIÉTÉS SAVANTES DES DÉPARTEMENTS

Société de médecine d'Angers (1er semestre).

Sommaire : Epilepsie traumatique. — Localisations cérébrales. — Kyste hydatique du foie.

Nous avons à relever, dans les comptes rendus des séances du premier semestre, un certain nombre de communications intéressantes dont nous ne pouvons malheureusement que résumer les principales.

M. le docteur Vaslin a communiqué une observation d'*épilepsie traumatique* guérie par la trépanation. Il résulte de cette observation que chez l'enfant, la fracture du crâne, compliquée d'enfoncement, peut être suivie de non-consolidation. Longtemps après l'accident, quand on croit tout danger disparu, surviennent des accès épileptiques qui augmentent de violence et d'intensité, à mesure que le sujet grandit. Cette variété d'épilepsie s'explique par le refoulement du fragment non consolidé vers les méninges et le cerveau par les os voisins qui le surmontent et croissent en surface, à mesure que le blessé avance en âge.

Il est donc indiqué de trépaner, de pratiquer l'ablation du fragment osseux enfoncé dans toute son étendue.

— M. le docteur Petrucci a observé un cas de *foyer purulent dans le lobule quadrilatère* et les circonvolutions de passage du pli courbe du cerveau droit, avec parésie et hémiplégie gauche progressive et consécutive à la destruction des circonvolutions cérébrales correspondantes. De l'étude de ce fait, M. Petrucci conclut : que la partie la plus reculée du lobule quadrilatère serait une circonvolution de passage entre le lobe temporal et le lobe pariétal, avec connexion aphasique ; — que la partie qui se trouve en avant, près de la scissure fronto-pariétale, devient motrice et correspond, d'arrière en avant, au centre des mouvements des membres inférieurs, vers celui des membres supérieurs ; — que les mouvements des yeux sont bien localisés au sommet de la deuxième circonvolution pariétale, à la terminaison de la scissure parallèle temporale.

— M. le docteur Quintard a étudié la *peptoscopie clinique*. Il appelle ainsi la recherche de la valeur du suc gastrique à l'aide d'un procédé simple et pratique basé sur la curieuse propriété que possède le bleu de méthylène introduit dans l'estomac d'être rapidement éliminé par les urines qu'il colore en vert. C'est le procédé de Gunzbourg dans lequel l'iodure de potassium est remplacé par le bleu de méthylène et le sac de caoutchouc avec des fils de fibrine, par une enveloppe de gluten, véritable fibrine végétale qui, possédant la faculté de se capsuler, permet aussi d'opposer à l'attaque des sucs digestifs une barrière toujours égale dans chaque expérience.

Voici comment procède l'auteur. Il confie à son malade une capsule et lui prescrit de se l'administrer le lendemain matin à son lever après avoir pris un œuf, un morceau de pain et une petite tasse de lait. Deux heures après le repas, le patient devra examiner ses urines tous les quarts d'heure et noter le moment où elles seront émises vertes. L'apparition de la coloration a lieu, chez un sujet sain, au bout de deux heures et demie ; elle peut ne se présenter, chez un dyspeptique, ou même dans un simple embarras gastrique, qu'après cinq, six, sept et huit heures.

— M. le docteur Legludic a traité par la ponction un kyste hydatique du foie chez une enfant de 8 ans. La guérison est survenue après une seule ponction simple qui n'entraîna aucun accident. Le liquide renfermait de l'acide succinique.

M. le docteur Farge a vu des malades ayant une rubéole légère, transmettre à leur entourage des rougeoles franches et même graves. Pour lui, il y a identité entre les deux affections.

FORMULAIRE

Collutoire antiseptique contre l'amygdalite. — Dauchez.

Camphre	1 gramme.
Acide phénique	1 —
Glycérine pure	20 grammes.

F. s. a. un collutoire. — A l'aide d'un pinceau trempé dans ce mélange, on badigeonne fréquemment les amygdales enflammées. — Le malade se gargarise ensuite avec la solution suivante :

Borate ou benzoate de soude	10 grammes.
Teinture de myrrha	5 —
Sirop de mûres	30 —
Eau chaude	200 —

N. G.

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 7 août 1891, un concours s'ouvrira le 10 février 1892 devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Rouen. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— M. Hautecœur est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1890-1891, chef des travaux chimiques du laboratoire de chimie médicale (Necker), en remplacement de M. Carron de la Carrière.

Bulletin bibliographique

Les rétrécissements du canal de l'urèthre. Leçons du professeur Thiry à la Faculté de médecine de Bruxelles, recueillies par MM. les docteurs O. Boulengier, de Recther et J. Houbotte.

Cet ouvrage se trouve à Bruxelles, à l'imprimerie Becquart-Arien, 31 rue Van-Artevelde.

Traité de thérapeutique et de pharmacologie, par Henri Soulier, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Lyon. 2 volumes grand in-8° de 1,916 pages. — Prix : 25 francs.

Cet ouvrage se trouve à Paris, à la librairie F. Savy, 77, boulevard Saint-Germain.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Clinique de l'hôpital Saint-Antoine

Cancer hémorrhagique de l'estomac à forme d'ulcère rond

Par M. le docteur Tapret.

Leçon recueillie par le docteur G. Budor.

Messieurs,

Vers la fin de l'année dernière, je fus appelé en consultation près de la femme d'un de mes amis, médecin en province. Quelque temps auparavant, cette dame, âgée de 40 ans à peine, et dont la santé jusque-là avait paru excellente, s'était vue prise brusquement d'une hématémèse abondante suivie de melœna.

En présence d'un accident aussi subit, dont on ne pouvait chercher l'explication dans une déviation menstruelle, cette dame ayant toujours été parfaitement réglée, bien qu'il n'y eût pas de troubles gastriques antérieurs, je dirais même peut-être à cause de cela, on crut à un ulcère de l'estomac.

Le régime lacté simple fut institué, et la malade, exclusivement alimentée avec du lait pur ou coupé d'eau de Vichy, sembla tout d'abord s'en trouver fort bien, puisqu'elle ne tarda pas à reprendre sa vie ordinaire.

Le diagnostic paraissait donc justifié, mais ce n'était là qu'une accalmie.

Au bout de quelques mois d'une amélioration réellement très sensible, l'hémorrhagie se reproduisit, toujours sans cause provocatrice, et plus violente encore que la première fois.

C'est alors qu'on me pria de voir Mme X..., dont l'aspect seul, à défaut d'un examen plus approfondi, ne devait laisser aucun doute sur l'énorme quantité de sang qu'elle avait perdu : Pâleur cireuse des téguments, souffle cardiaque méso-systolique très court, bruit de diable dans les vaisseaux du cou, palpitations violentes, pénibles, revenant par crises, tout indiquait une anémie profonde. Aussi, dois-je l'avouer, ma première idée fut conforme à celle de mes confrères qui avaient assisté au début des accidents; j'acceptai le diagnostic d'ulcère de l'estomac, et cela d'autant plus volontiers que la malade avait une vive douleur gastrique, avec retentissement vertébral, en tout comparable à ce point dorsal que Cruveilhier regardait comme caractéristique de l'*ulcus rotondum.* Ajoutez à cela que pendant la période qui avait séparé les hématémèses la santé était presque complètement revenue, et vous conviendrez certainement que l'erreur pouvait, il faudrait presque dire devait être commise.

Cependant, une chose me frappait : bien que les accidents gastriques eussent disparu, que l'état général fut incontestablement meilleur, la malade n'avait rien regagné du poids perdu dès le début.

Dorénavant, grâce à ce seul et gros fait, le doute était entré dans mon esprit et j'en arrivai bientôt à me demander si nous n'avions pas affaire à un *cancer hémorrhagique.*

J'explorai la région stomacale sans résultat; l'examen d'ailleurs ne pouvait être prolongé longtemps, en raison de l'hématémèse récente. Je me bornai donc à réglementer le régime plus sévèrement qu'on ne l'avait fait jusqu'alors : Je conseillai de donner le lait additionné d'une cuillerée à bouche de potion blanche de Mialhe par tasse, toutes les deux heures, et l'eau de Vichy pure ou surchargée de 20 à 30 centigrammes de bicarbonate de soude à la dose d'un verre à bordeaux dans l'intervalle des prises de lait. C'est ainsi, du reste, que j'ai coutume d'agir dans toutes les affections douloureuses de l'estomac, quand surtout, comme chez notre malade, la souffrance est exaspérée par la moindre ingestion d'aliments : les alcalins, en particulier le bicarbonate de soude, donnés seuls une heure au moins avant le lait, ayant pour double résultat de calmer l'irritabilité gastrique et de préparer l'estomac à digérer plus facilement ce qu'il reçoit.

Le traitement réussit, car à ma visite suivante, qui eut lieu quelques semaines après, un mieux s'était produit, les hémorrhagies n'avaient pas reparu. C'est alors qu'il aurait fallu pouvoir analyser le contenu gastrique, ce qui eût permis presque à coup sûr de trancher la question du diagnostic, puisque, vous le savez, l'hyperchlorhydrie, constante dans l'ulcère rond, n'accompagne jamais le cancer.

Dans l'hypothèse d'une perte de substance de la muqueuse gastrique, hypothèse aussi vraisemblable, que nous eussions affaire à une ulcération simple ou à ulcération de nature maligne, des manœuvres exercées sur l'estomac, dans le but d'en extraire le contenu, eussent été à tout le moins imprudentes; et comme, d'autre part, en dehors de ses hématémèses, la malade ne vomissait jamais, force nous était de rester avec nos doutes qui, du reste, ne devaient pas tarder à être éclaircis.

Deux mois ne s'étaient pas écoulés, qu'une nouvelle hémorrhagie survenait, mortelle cette fois. L'autopsie ayant été faite sur le désir du mari, nous trouvâmes dans l'estomac une masse cancéreuse ayant au moins les dimensions d'un œuf de poule. Débarrassée des caillots cruoriques qui la recouvraient, cette tumeur présentait à sa partie la plus saillante une ulcération de la largeur d'une pièce de 20 centimes, à bords renversés et profondément déchiquetés. En injectant, à l'aide d'un liquide pénétrant l'artère pylorique qui se trouvait être la plus voisine de la tumeur, on voyait celle-ci se gonfler à la manière des tissus érectiles, en même temps que le liquide venait perler en un point de la surface ulcérée. Le fond même du néoplasme dur et résistant était presque entièrement formé par la tunique fibreuse de l'estomac, très épaissie et renforcée de fausses membranes froncées, organisées en tissu cicatriciel.

Grâce à ce travail de défense de l'estomac, la perforation, si promptement suivie de mort par péritonite suraiguë, avait pu être évitée; par malheur, la destruction graduelle de la tumeur elle-même avait atteint l'artère pylorique, d'où l'hémorrhagie de la dernière heure : voyez, Messieurs, quels formidables accidents sont à redouter à tous les moments de

l'évolution du cancer de l'estomac, et plus particulièrement en raison de sa structure même, du cancer hémorrhagique.

L'histologie de ces tumeurs, vous la connaissez par les coupes que je vous ai montrées; aussi, ai-je à peine besoin de vous rappeler cette gangue conjonctive à larges mailles circonscrites par de minces travées fibreuses et renfermant des amas de jeunes cellules arrondies, polygonales, en raquette, toutes pourvues d'un ou de plusieurs noyaux et qui, se gorgeant parfois de liquide transparent, constituent la variété colloïde du cancer riche, très riche en capillaires sanguins qui rampent dans toutes les directions.

Voilà, Messieurs, un premier fait. Mon ami, le docteur Hanot, en a publié un autre absolument analogue, recueilli chez une femme de 42 ans. La malade fut prise d'hématémèses abondantes, séparées par d'assez longs intervalles, pendant lesquels, au début du moins, on pouvait, grâce à une amélioration assez appréciable de l'état général, espérer la guérison. On trouva un cancer de la petite courbure et du pylore. Telle est, Messieurs, la forme la plus remarquable, la plus saisissante du cancer hémorrhagique, forme dans laquelle la confusion avec l'ulcère de l'estomac est très fréquente et presque inévitable. Elle débute à l'improviste par une hématémèse abondante, puis l'affection se poursuit, continuant d'autant plus à ressembler à la *maladie de Cruveilhier* que parfois, notre premier cas en est la preuve, en même temps que l'état général se maintient, et même s'améliore, se montre la douleur caractéristique de cette dernière. La mort arrive tantôt par hémorrhagie, tantôt dans l'épuisement, mais alors le malade a l'aspect d'un anémique; il est exsangue, et sa cachexie ne rappelle en rien celle que je vous ai décrite à propos de la forme classique du cancer.

Presque jamais il n'y a d'œdème des membres inférieurs, ni de *phlegmatia alba dolens*, pour cette raison toute simple que l'issue toujours très rapide et quelquefois subite, amenée par les hémorrhagies, n'a pas permis à l'organisme de tomber dans le marasme nécessaire à la production de ces accidents.

Vous comprenez aisément que, si pareils phénomènes se passent chez un sujet jeune, vous aurez dans l'âge une raison de moins encore pour songer à une lésion organique de l'estomac, et le diagnostic sera pour ainsi dire impossible. C'est ce qui est arrivé dans un cas observé par le professeur Debove.

Il s'agissait d'un jeune homme de 19 ans, d'une bonne santé habituelle, mais ayant commis de nombreux excès alcooliques. Cinq ou six mois avant d'entrer aux Tournelles, il avait éprouvé dans la région de l'estomac des douleurs vagues qui ne l'empêchèrent pas de travailler. Trois mois plus tard, il fut pris d'une hématémèse abondante qui fit porter le diagnostic de gastrite ulcéreuse. Soigné à l'Hôtel-Dieu par le lait et les alcalins, il sortit en très bon état. Quelques semaines après survinrent des douleurs d'estomac qui amenèrent le malade chez M. Debove. A ce moment, il était apyrétique et se plaignait seulement d'un endolorissement assez pénible de la région correspondant à la vésicule biliaire. Bientôt se produisirent des hématémèses très abondantes et du melæna; l'anémie devint très rapidement intense et le malade succomba dans une syncope après avoir eu de l'ascite pendant les sept derniers jours de sa vie.

Tout, dans ce cas, ne plaidait-il pas en faveur de l'ulcère de l'estomac

ou du duodénum? Jeunesse du sujet, bonne santé apparente, douleur pongitive, absence de toute tumeur? Eh bien! à l'autopsie, on trouva sur la petite courbure une plaque cancéreuse de la largeur de la paume de la main, présentant une vaste surface ulcérée à bords saillants; on ne put découvrir de gros vaisseau ouvert. Histologiquement, et c'est là un point intéressant sur lequel nous reviendrons, le carcinome était remarquable par la forte proportion de tissu fibreux qu'il contenait.

Dans les cas relativement rares que je viens de vous rapporter, il est presque impossible de ne pas songer à un ulcère; pourquoi? Par ce qu'un gros accident domine la scène : le vomissement de sang abondant et brusque.

Mais il est une catégorie de malades chez lesquels votre embarras sera d'autre sorte, naîtra de la multiplicité même des symptômes principaux, de leur groupement variable suivant les périodes du mal, qui vous rappelleront tantôt la gastrite chronique, tantôt l'ulcère rond et tantôt le cancer.

Nous avions dernièrement dans nos salles un homme de 45 ans, ce que j'appellerai l'âge indifférent, un peu buveur, sans antécédents héréditaires notables, qui avait été pris quelques semaines auparavant de douleurs épigastriques assez vives, accompagnées de renvois aigres et nidoreux, de vomissements glaireux et alimentaires, douleurs et vomissements se montrant de préférence une heure ou deux après les repas. Le malade était pâle et maigre, sans cependant avoir l'aspect cachectique du cancéreux. Son estomac ne semblait pas notablement dilaté.

On commença immédiatement le régime lacté tel que je vous l'ai précédemment exposé, c'est-à-dire le lait et l'eau de Vichy pris alternativement de deux heures en deux heures. Comme il y avait, en outre, constipation opiniâtre et flatulences, il nous fallait encore combattre la parésie intestinale dont ces symptômes étaient évidemment la conséquence. Ici, au reste, grâce à la marche relativement lente du mal, nous avions tout le loisir de diriger le traitement à notre gré, ce que nous n'aurions pu faire dans le cas que je vous citais tout à l'heure, où la gravité de quelques accidents, l'évolution rapide de la maladie nous avaient désarmés dans une certaine mesure. Je fis donc associer à chaque prise de lait un paquet de 1 ou 2 grammes de poudre bismutho-magnésienne naphtolée qui suffit, en général, à régulariser les garde-robes en même temps qu'elle absorbe ou neutralise les produits de fermentation développés dans l'intestin. Et, à ce propos, laissez-moi vous faire une remarque touchant surtout la matière médicale. Si vous vous trouvez en présence d'une affection ulcéreuse du tube digestif, et que vous soyiez obligés de faire largement l'antisepsie intestinale, ne donnez pas à haute dose le naphtol et le bismuth sans les avoir mélangés préalablement à une masse de poudres inertes ou indifférentes. Vous n'aurez pas d'agents plus sûrs, à la condition, dans certains cas, de ne les employer, le dernier surtout, qu'avec quelques précautions; il peut arriver, en effet, que les sels de bismuth mis en contact avec des surfaces dénudées de l'estomac ou de l'intestin se comportent comme ils le font parfois avec les plaies extérieures, déterminant une irritation vive, et même donnant lieu à des accidents d'intoxication. Aussi est-il prudent de les administrer non seulement en même temps que le lait, mais dissimulés dans une certaine quantité de charbon ou de magnésie.

Sous l'influence du traitement, la situation s'améliora promptement, et d'une façon notable; les douleurs gastriques disparurent, le malade reprit

des couleurs. Dans ces conditions, nous pensâmes pouvoir nous arrêter au diagnostic de gastrite chronique, avec une petite arrière-pensée pourtant; la réaction du suc gastrique n'était pas franchement acide.

Mais voici que tout à coup survient une hématémèse formidable, en même temps que des douleurs pongitives au niveau du creux épigastrique. Ce n'est pas là le fait de la gastrite; avions-nous donc affaire à un ulcère de l'estomac? Il y avait d'autant plus lieu d'hésiter que, l'hémorrhagie ne s'étant pas reproduite, l'état ne tarda pas à devenir meilleur, à tel point que le malade put nous quitter quelque temps après pour reprendre son travail.

Deux mois ne s'étaient pas écoulés qu'il nous revenait émacié, cachectique, ayant, disait-il, à peu près complètement perdu ses forces. Les vomissements étaient maintenant très fréquents, bien que sans caractère spécial. Une seule fois depuis son départ, le malade avait vomi du sang en assez grande quantité, pas assez cependant pour se croire obligé de rentrer à l'hôpital; il s'était contenté de se mettre au même régime que la première fois, mais les résultats obtenus avaient été loin de se montrer aussi satisfaisants. De plus, un phénomène nouveau était survenu, très important celui-là, un dégoût marqué pour la viande. D'ailleurs, pas trace de tumeur ni même d'empâtement de la région stomacale.

Fallait-il donc à nouveau modifier notre diagnostic et admettre un cancer? Il était bien difficile, tout au moins, de n'y pas songer en présence d'un pareil ensemble symptomatique, et, n'eût été le passé du malade, nous en eussions de prime abord considéré l'existence comme à peu près certaine.

Une notion considérée à juste titre comme d'une réelle importance, celle de l'âge, nous manquait pour nous arrêter à l'un plutôt qu'à l'autre des diagnostics qui successivement s'étaient présentés à notre esprit. Certes, si notre malade avait eu 60 ans, nous n'eussions pas hésité à le croire atteint d'une affection de mauvaise nature, de même qu'à l'époque des hématémèses, si nous avions eu affaire à un homme de 25 ans, notre opinion eût certainement été que nous étions en présence d'un ulcère rond.

Pourtant, Messieurs, il ne faut pas accorder à la question d'âge plus de valeur qu'il ne convient. Comme il existe des cancers des jeunes, je vous l'ai prouvé tout l'heure par un exemple, il y a des ulcères des vieux; ils ne sont même pas rares, surtout dans certains pays: consultez, par exemple, les statistiques allemandes, vous y voyez que l'ulcère rond est assez souvent une maladie de la vieillesse: questien de régime sans doute. L'âge donc peut être un guide infidèle, et, je le répète, vous ne devez pas compter exclusivement sur les indications qu'il vous fournira.

N'y a-t-il donc pas, en dehors de lui, quelques éléments dont on puisse tirer profit? Si, Messieurs: un, tout d'abord, qui serait précieux, c'est l'examen du contenu de l'estomac; mais, je vous l'ai dit déjà, on hésite souvent à introduire une sonde dans un estomac qui saigne facilement, et nous nous trouvons ainsi privés d'un renseignement fort utile.

Mais nous avons à notre disposition d'autres ressources, un peu aléatoires, il est vrai. Sans parler du traitement qui, en général, améliore promptement l'ulcère rond, alors que toujours il se montre impuissant vis-à-vis du cancer, on observe parfois un signe qui plaide, jusqu'à un certain point, en faveur du néoplasme, je veux parler de l'accroissement des globules blancs; c'est ainsi que dans l'observation de Hanot, ils étaient fort augmentés, atteignant 18,910. Vous vous souvenez que, dans la nôtre, leur nombre était presque égal. Or, le professeur Hayem a établi les rap-

ports de la leucocytose avec le cancer de l'estomac; malheureusement, il ajoute qu'elle s'observe seulement dans la moitié des cas. Voilà donc encore un signe que son inconstance même rend insuffisant.

J'en dirai autant de la diminution des déchets azotés renfermés dans l'urine, qui a été considérée elle aussi comme appartenant au cancer; c'est Rommelaere qui a appelé l'attention sur cette hypoazoturie. Pour lui, la malignité morbide de ce qu'on appelle en clinique cancer serait secondaire à la viciation de la nutrition; c'est là une opinion difficile à soutenir. En France, on admet que la quantité d'azote des urines dépend surtout de l'alimentation; un cancéreux se nourrissant bien rendrait beaucoup d'urée. Cependant, s'il est nettement prouvé que l'alimentation exerce une grande influence sur la proportion d'azote excrétée par les urines, il semble que l'on puisse considérer, toutes choses égales d'ailleurs, que le cancéreux qui mange bien rend moins d'urée qu'un homme sain ou atteint d'ulcère; c'est, du moins, ce qui paraît résulter des travaux de M. Rouzier.

Par malheur, si l'hypo-azoturie s'observe dans le cancer, elle ne lui est pas spéciale; on la rencontre encore dans la tuberculose avancée, dans certaines lésions du rein, dans l'inanition, etc...

Ces derniers signes sont donc, vous le voyez bien relatifs, cependant ils ont une valeur qu'on ne saurait contester, et c'est leur présence chez notre malade qui, jointe aux autres phénomènes observés, nous a fait nous arrêter à l'idée du cancer. Bien nous en prit, car cet homme ayant été emporté par une affection intercurrente, nous trouvâmes un cancer de l'estomac.

Je pense, Messieurs, vous avoir assez montré les difficultés de diagnostic du cancer hémorrhagique, qu'il revête la forme hémorrhagique pure, celle qu'on peut appeler « faux ulcère », où qu'il se rapproche de la gastrite ulcéreuse grâce aux signes d'inflammation chronique de la muqueuse qui précèdent l'hémorrhagie.

Le problème, si ardu déjà dans les faits que nous venons de passer en revue et qui est affaire de nuances, de groupement de phénomènes plus ou moins indirects, plutôt que de signes précis, peut devenir tout à fait insoluble s'il y a coexistence de l'ulcère et du cancer. Lorsqu'il en est ainsi, tantôt les deux processus siègent au même point, le cancer se développant, par exemple, dans les bords ou au fond de l'ulcère; d'autres fois, ils occupent des régions différentes de l'estomac. Dans le premier de ces cas, Rosenheim a montré que le suc gastrique reste hyperacide par suite de la gastrite qui accompagne si souvent l'ulcère.

Maintenant, Messieurs, faut-il nous demander pouquoi certains cancers revêtent la forme hémorrhagique? Si nous nous en rapportons à la statistique, les faits de ce genre seraient beaucoup plus fréquents chez la femme, surtout chez la femme jeune, encore en pleine activité sexuelle. Peut-être alors la menstruation pourrait expliquer la prédominance des hémorrhagies, l'état cataménial devenant l'occasion de congestions préparantes. Mais, outre que cette explication ne saurait convenir qu'à un nombre assez limité de cas, il ne faut pas oublier que la disposition anatomique a, elle aussi, son importance, et une importance considérable. Les fongosités villeuses, les productions polypoïdes renferment, en effet, des vaisseaux de nouvelle formation, peu résistants, qui s'ulcèrent facilement par l'action érosive du suc gastrique, d'autant mieux que les portions superficielles de ces végétations sont souvent nécrosées.

Et ce n'est pas non plus exclusivement, je crois, dans la stucture du néoplasme qu'il faut chercher la raison de la plus grande fréquence du cancer hémorrhagique à un âge relativement peu avancé. Les vieillards, il est vrai ont plutôt des tumeurs scléreuses à la fois moins vasculaires et plus rebelles au pouvoir destructif des acides de l'estomac, mais rappelez-vous le cas de Debove où il s'agissait d'un garçon de 25 ans. Il reste une inconnue dont on trouvera peut-être l'explication, soit dans une modification de la composition chimique du sang, soit dans une altération morphologique des éléments cellulaires.

REVUE DE MÉDECINE

De l'insuffisance aortique.

SOMMAIRE : Mécanisme des souffles. — Insuffisance relative. — Pouls carotidien et souffles de la pointe.

I

Le mécanisme des souffles, dans l'insuffisance aortique, a été étudié par Rosenbach et Timofejew, dont les recherches ont été résumées dans la *Province médicale.* D'après Rosenbach, on doit faire jouer un certain rôle dans la compensation des troubles à un mécanisme de fermeture musculaire qui existe déjà à l'état normal et qui est produit par la musculature du ventricule gauche; celle-ci, par une contraction active au moment des fortes pressions systoliques artérielles, soutient les valvules à la manière d'un plan résistant. Un point important, c'est la diminution de la résistance à l'écoulement du sang vers la périphérie, diminution qui accompagne toujours l'insuffisance aortique.

La pression dans le système artériel, et cela est important en clinique, n'a aucune influence notable sur l'intensité du souffle diastolique (la pression est à son minimum à la fin de la systole artérielle). Le souffle est essentiellement causé par l'activité aspiratrice du ventricule gauche se dilatant pendant la diastole; cette activité est limitée de son côté par celle de l'oreillette gauche qui régularise la réplétion et, partant, la pression intérieure de la cavité ventriculaire.

La production du souffle diastolique est à rapporter au courant rétrograde par l'aspiration qui se fait du côté du ventricule gauche. Ce courant doit être vaincu par l'onde systolique ventriculaire, et la lutte de ces deux courants en sens contraire est un des facteurs les plus importants qui augmentent le travail du ventricule gauche et, finalement, le font s'hypertrophier.

Les travaux de Timofejew l'ont conduit aux conclusions suivantes : Le souffle diastolique peut disparaître complètement et être remplacé par un bruit normal. L'intensité du souffle diastolique dépend : 1° de l'étendue de l'insuffisance; 2° de la hauteur de la tension artérielle dans l'aorte. La pression sanguine finit par diminuer notablement avec le temps. Quand aux souffles carotidiens, celui du deuxième temps, qu'on entend parfois, n'est pas propagé de la base du cœur, mais est une production purement locale; il en est de même du souffle du premier temps.

Lorsque l'insuffisance aortique coïncide avec le rétrécissement, il serait assez fréquent, d'après Martins, de voir disparaître le choc de la pointe du cœur (Société de méd. int. de Berlin, 4 novembre 1889). Pour Guttmann, il faut distinguer l'absence du choc du cœur et l'absence du choc de la pointe; ce dernier manque souvent, tandis qu'on perçoit le choc du cœur. Ce choc existe dans l'insuffisance aortique avec rétrécissement et c'est le choc de la pointe qui fait défaut. Il y a habituellement conservation du choc du cœur quand il y insuffisance aortique et insuffisance mitrale.

II

M. Bouveret a eu occasion de constater à plusieurs reprises l'existence de l'*insuffisance aortique relative* dans le cours de la néphrite interstitielle. Il a publié (*Lyon médical,*

juin 1888) trois observations où le souffle diastolique était très net. Ce souffle ne pouvait être considéré comme un bruit extra-cardiaque. Ce dernier, en effet, est presque toujours systolique. D'ailleurs, le souffle était constant; il avait exactement la localisation du souffle de l'insuffisance aortique; il n'était influencé ni par la respiration, ni par les diverses attitudes du malade. Dans une des observations, il a persisté pendant plus de quatre mois sans présenter aucune modification.

On pourrait être tenté d'admettre que l'artério-sclérose provoque l'insuffisance aortique, comme elle provoque la lésion du rein lui-même; mais l'hypothèse de l'artério-sclérose primitive est peu acceptable, et il est bien plus vraisemblable que les lésions artérielles, constatées dans le cas de néphrite interstitielle, sont secondaires et consécutives à la sclérose du rein. Du reste, dans une des observations, l'autopsie a montré l'absence de toute lésion matérielle de nature à produire l'insuffisance. On a beaucoup contesté l'existence de l'insuffisance aortique relative; cependant, il est difficile d'interpréter autrement, dans la troisième observation de M. Bouveret, le souffle au deuxième bruit. Il existait une dilatation notable de l'orifice aortique dont la circonférence s'élevait à près de 8 centimètres. Pendant la vie, quand il y a une élévation considérable de la tension artérielle, l'aorte est l'artère la plus exposée aux effets de cette tension exagérée. De là la dilatation de l'orifice, puis l'écartement des valvules sigmoïdes qui s'éloignent ainsi de plus en plus du centre de l'artère. Le bord supérieur des sigmoïdes est plus épais et moins extensible que la lame valvulaire elle-même. Or, l'accolement des sigmoïdes a lieu seulement par le tiers supérieur. On conçoit donc assez bien que, lors d'une exagération considérable de la tension artérielle, ce refoulement excentrique des valvules sigmoïdes puisse être porté assez loin pour qu'il se produise entre les bords de ces valvules un hiatus par lequel une ondée sanguine reflue de l'aorte dans le ventricule.

Depuis son premier mémoire, M. Bouveret a eu occasion de retrouver l'insuffisance aortique relative dans le mal de Bright (*Revue de médecine*, 1890, 3). Dans une de ses observations, on entendit pendant la vie le souffle typique et, à l'autopsie, les valvules et l'orifice étaient sains et il n'y avait pas la moindre lésion. M. Ranvers (*Charite Annalen*, 1888) a publié des faits analogues et trouvé des dilatations de l'aorte et de l'anneau de l'orifice.

Dans l'insuffisance relative, l'artère est dure, tendue et le pouls n'est pas dépressible, même pendant l'élévation du bras, au même degré que dans la maladie de Corrigan.

III

M. G. Lyon a récemment publié une note intéressante sur le *retard du pouls carotidien* dans l'insuffisance aortique. Ce signe a surtout été étudié par le professeur Tripier d'après lequel il indique une insuffisance grave. Il manque au début de la maladie. M. Fr. Franck est, au contraire, arrivé à des conclusions opposées à celles du professeur de Lyon; pour lui, il y a moins de retard du pouls carotidien dans l'insuffisance que dans l'état de santé. M. Rivals (Th. de Bordeaux, 1883) admet l'opinion de M. Fr. Franck, et, pour lui, la diminution du retard du pouls est exagérée dans l'insuffisance aortique, car non seulement, dans ce cas, le retard produit par le temps nécessaire au soulèvement des sygmoïdes est supprimé, mais encore la contraction ventriculaire étant plus énergique, et la pression moyenne conservée, l'ondée sanguine se trouve lancée avec une impulsion plus grande dans la circulation.

M. Roques a repris la question en 1886 (Th. de Lyon) et montré que le retard existe réellement. Sur 26 cas, M Tripier avait trouvé 14 fois le retard carotidien et 12 fois ce retard faisait défaut; dans ces derniers cas, d'après lui, il s'agissait soit d'une insuffisance au début, soit d'une insuffisance d'origine artérielle. M. Roque a trouvé que, sur 52 cas d'insuffisance avec retard, 21 fois la cause de la maladie était le rhumatisme et 26 fois les malades avaient moins de 40 ans. Dans 18 cas où l'insuffisance était d'origine artérielle, le retard manquait constamment.

Voici comment M. Tripier explique le retard. Au commencement de la systole, la première onde produite rencontre le courant sanguin en retour, dont la force est d'autant plus grande que l'insuffisance est plus prononcée, et que les parois artérielles ont une

force élastique plus grande, d'où un retard plus ou moins marqué dans la vitesse de transmission de cette onde, qui s'accuse immédiatement à son entrée dans le système artériel.

Pour M. Lyon, l'absence du retard chez les artério-scléreux s'explique par ce fait que l'ondée sanguine se transmet avec une vitesse d'autant plus grande que le tube qui lui sert de conducteur se rapproche davantage d'un tube rigide.

Dans une revue qu'il a consacrée à l'étude de l'insuffisance aortique, M. Lyon a résumé l'état actuel de nos connaissances sur les souffles de la pointe dans cette maladie (*Gaz. des hôp.*, 1891, nº 69). Quelquefois il s'agit de bruits propagés de la base, mais, le plus souvent, les bruits sont nés sur place et dépendent, soit d'une lésion mitrale concomitante, soit de modalités particulières de la contraction ventriculaire.

M. Saint-Cyr de Moulour a décrit à la pointe : 1º un bruit présystolique, claqué ou soufflé; 2º avec ou sans ce bruit, un souffle diastolique né à la pointe; 3º le souffle d'insuffisance ayant son maximum à la pointe; 4º un souffle systolique.

Le bruit présystolique dépend quelquefois d'un rétrécissement mitral vrai concomittant; d'autres fois il s'agit, d'après Flint, d'un rétrécissement relatif fonctionnel produit par le soulèvement de la valvule mitrale par le sang qui reflue de l'aorte; enfin, il pourrait être causé par la distension en deux temps des parois ventriculaires. Dans 4 cas de Lees, le bruit présystolique était constitué par un murmure et non par un roulement comme dans le rétrécissement mitral.

Le plus habituellement, le souffle diastolique de la pointe est la propagation de celui de la base et a son maximum en ce dernier point; mais, quelquefois, il y a deux maxima séparés par une zone de silence relatif. Quand le souffle dépend d'un rétrécissement mitral, il retentit dans la région dorsale comme l'a montré M. Duroziez; dans le cas contraire, il n'y a pas de propagation.

Dans des cas exceptionnels, le souffle de l'insuffisance ne s'entendait qu'à la pointe, ce qui tiendrait, pour Balfour, à une lésion de la valvule sigmoïdale postérieure.

Le souffle systolique de la pointe existe dans deux conditions : tantôt il s'agit d'une insuffisance mitrale, tantôt on constate un souffle très faible, ne se propageant pas vers l'aisselle et que l'on tend à attribuer à un défaut de synergie des muscles papillaires annexés à la mitrale. Dans les vieilles insuffisances aortiques, dit Saint-Cyr de Moulour, on trouve les piliers sclérosés, rétractés, et l'examen histologique montre que, dans leur épaisseur, les fibres musculaires ont cédé la place à des néoformations conjonctives. Dans ces conditions, on s'explique que ces piliers se contractent paresseusement et permettent le reflux d'une certaine quantité de sang dans l'oreillette, ou bien que, sans reflux sanguin, leurs contractions successives se traduisent à l'oreille par un bruit plus traînant que le ton normal et donnent l'illusion d'un souffle.

REVUE DES THÈSES

De l'idée de persécution dans la mélancolie et le délire des persécutions, par Blin. Paris, Bureaux du *Progrès médical*, 1890.

Les dégénérés, les persécutés vrais et certains mélancoliques simples ont des idées de persécution qui ont des caractères semblables. Cependant le mode de début, la pathogénie, la période d'état et l'évolution de l'idée de persécution diffèrent dans ces trois entités morbides.

A. *Période de début.* — Chez les dégénérés, elle débute subitement, sans prodromes.

Chez le persécuté vrai, il est probable qu'il y a une période particulière d'inquiétude ou d'incubation.

Chez le mélancolique, elle débute quelquefois subitement en même temps que le délire, d'autres fois, peu à peu, comme lui. Le plus souvent, elle se greffe sur le délire mélancolique qui a débuté avant elle.

B. *Période d'état.* — 1º *Dégénérés.* — Variabilité incessante caractérisant l'idée de per-

sécution qui peut donner cours à un délire ambitieux, hypochondriaque, etc. Quelquefois, il y a une fixité relative de l'idée délirante.

2° *Persécutés.* — Régularité de l'idée de persécution, détails nombreux précis. Caractère de vraisemblance, égoïsme.

3° *Mélancoliques.* — Régularité de l'idée de persécution, mais pas de détails. Simplicité de l'interprétation délirante. Altruisme.

C. *Evolutian.* — 1° *Dégénérés.* — Toujours la variabilité : rien de précis, tout est possible. Guérison rapide, rechutes probables.

2° *Persécutés.* — Accoutumance de l'idée de persécution devient un état mental spécial favorable à l'éclosion d'une idée ambitieuse. Cette dernière, en s'établissant, ne fait pas disparaître forcément l'idée de persécution, mais le plus souvent elle subit une sorte d'effacement. Quelquefois retour périodique des idées de persécution et des idées ambitieuses (jour et nuit).

Souvenirs très précis de tous les détails de l'idée de persécution qui finit par se perdre dans la démence.

3° *Mélancoliques.* — Terminaison de l'idée de persécution avant le délire par un mécanisme analogue à son apparition, c'est-à-dire que l'hallucination existe, mais l'interprétation délirante fait défaut. Amnésie spéciale de l'idée de persécution dont le fait seul reste dans la mémoire, alors que les détails ont complètement disparu.

Guérison probable avec restriction de rechute. Chronicité possible. — P. N.

REVUE DES JOURNAUX

La cécité corticale (*Scalpel*, 1891). — 1° La déviation de la limite du champ visuel en cas d'hémianopsie (perte d'une moitié du champ visuel) est due au fait que le centre cortical de la vision centrale est probablement mieux vascularisé que la partie restante des lobes occipitaux. Ce centre reçoit son sang de deux cercles vasculaires appartenant à des vaisseaux différents et anastomosés.

2° L'hémianopsie double n'abolit pas toujours la fonction des deux moitiés du champ visuel des deux yeux.

3° Le centre cortical occipital préside aux appréciations sensorielles recueillies par les organes des sens.

4° La destruction de ce centre n'occasionne pas l'atrophie des nerfs optiques. — P. N.

Greffe osseuse avec fragments osseux décalcifiés (*Scalpel*, 1891). — Dans un cas de cavité osseuse produite par une nécrose du tibia et ayant le volume d'un œuf de pigeon, Miller combla la perte de substance au moyen d'os décalcifiés. Les fragments avaient été décalcifiés dans une solution étendue d'acide chlorhydrique et avaient ensuite été plongés dans une solution phéniquée au vingtième et en dernier lieu, pendant plusieurs jours dans une solution boriquée. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 août 1891. — Présidence de M. Tarnier.

La correspondance comprend :

1° Une note sur le traitement de l'empoisonnement par l'oronge par le sulfate d'atropine, par M. Crié;

2° Un extrait du testament de M. Guzman, qui lègue à l'Académie la somme de 50,000 francs pour la fondation d'un prix qui sera délivré chaque année à l'auteur du meilleur travail sur les maladies du cœur.

Hépatopexie et néphropexie. — M. Gérard-Marchant a reçu dans le service de M. Nicaise une femme de 37 ans qui se plaignait de vives douleurs dans l'hypochondre droit. Cette malade avait été opérée cinq ans auparavant d'un kyste hydatique. Le foie étant abaissé, on trouvait une tumeur fuyante et le rein droit était mobile. Une laparotomie exploratrice latérale conduisit sur un foie que l'on pouvait facilement replacer; le rein droit était également flottant. Le foie fut fixé au péritoine par des fils de soie qui le traversaient à droite et à gauche à 4 centimètres du bord antérieur. Le rein fut fixé par la méthode de MM. Guyon et Tuffier.

Il était difficile de trouver une cause au déplacement du foie; aucune adhérence ne l'unissait à la paroi abdominale.

Action de l'ozone sur le sang. — M. Girard (de Panama) a vu que l'air chargé d'ozone avait la plus heureuse influence sur les malades atteints d'anémie paludéenne, les hépatiques et les convalescents. Le fer contenu dans les globules acquiert, sous l'influence d'une première ozonisation, la propriété d'ozoniser l'oxygène ordinaire. La terpine absorbe et conserve l'ozone.

Protection de l'enfance dans le département de la Seine. — M. Blache lit une note sur ce sujet. (Sera publiée.)

Entéro-anastomose pour cancer du cœcum. — M. Chaput, en son nom et au nom de M. Terrillon, communique l'observation d'un homme de 58 ans qui avait un gros cancer du cœcum et était déjà cachectique. On fit la suture de la dernière anse grêle et de l'S iliaque sur une hauteur de 5 centimètres, par deux étages de sutures de Lambert à points séparés; puis chaque viscère fut incisé sur une longueur de 4 à 5 centimètres et on sutura à points séparés les deux muqueuses des lèvres postérieures de l'incision. Sur les lèvres antérieures, on fit successivement la suture des muqueuses, puis deux plans séro-séreux; des points complémentaires furent ajoutés au niveau des deux extrémités de l'incision. Le malade guérit rapidement. Cette opération est très bénigne, évite le passage des matières sur le cancer ulcéré, empêche l'inflammation de la tumeur et par conséquent la putréfaction du contenu de l'intestin avec l'empoisonnement et la diarrhée; il n'y a plus d'occlusion intestinale à craindre. La récidive est sûre après la résection qui est très grave.

De quelques nouvelles médications.

Guérison d'une embolie de l'artère centrale de la rétine par des frictions sur l'œil, par le docteur Fischer. (*Revue de thérapeutique*, 1891.)

Dans les cas d'embolie de l'artère centrale de la rétine on a eu maintes fois recours à des opérations telles que l'iridectomie, dans l'idée qu'en diminuant les résistances opposées par la pression intra-oculaire à l'arrivée du sang dans les membranes de l'œil, on favorisera la circulation dans la rétine. Ces tentatives thérapeutiques n'ont jamais donné que des résultats passagers ou apparents. Par contre, dans ces derniers temps, on a obtenu des succès avec d'autres procédés de traitement.

Ainsi, Wood White a publié l'observation d'un homme de 31 ans, frappé de cécité de l'œil droit, à la suite d'une embolie de l'artère centrale de la rétine, et chez lequel il a pu constater quelques heures plus tard, qu'à la suite d'une pression exercée sur le globe de l'œil, les vaisseaux rétiniens se remplissaient de sang. Au bout de deux jours la vue était rétablie.

Dans un cas de Miles, dans un autre de Hirchsberg, et dans un troisième de Hilbert, les troubles consécutifs à une embolie d'une des branches de l'artère centrale de la rétine se sont dissipés rapidement à la suite de frictions exercées sur l'œil. Il est vrai de dire que, dans un seul cas, le rétablissement de la circulation dans les vaisseaux rétiniens a fait l'objet d'une constatation directe à l'examen ophthalmoscopique.

M. R. Fischer relate un fait du même genre, relatif à une femme de 38 ans, qui se présenta à lui deux heures après avoir été frappée de cécité de l'œil droit; la rétine avait

une teinte grisâtre, accusée surtout dans la région de la tache jaune, avec un point rouge au centre. Les vaisseaux paraissaient amincis, avec des ramifications peu nombreuses; dans deux veines la colonne sanguine était interrompue en plusieurs points. En pressant sur l'œil, M. Fischer constata que de petits cylindres rouges se déplaçaient légèrement. C'est ce qui le détermina à exercer de douces frictions sur l'œil malade, dans l'espoir de déplacer l'embolus qui obstruait l'artère centrale au point de division de ce vaisseau, et qui faisait saillie dans les deux branches. Pendant le cours des manœuvres de ce massage, M. Fischer examina de temps en temps le fond de l'œil à l'ophthalmoscope, pour voir si les vaisseaux rétiniens changeaient d'aspect. Tout à coup la malade s'écria qu'elle voyait de nouveau avec la partie inférieure de son œil droit. Continuations des frictions exercées sur le globe de l'œil avec les deux doigts, et désobstruction progressive des vaisseaux bouchés.

A la fin de la séance il ne subsistait plus qu'un scotome central de peu d'étendue, qui alla en diminuant dans la suite. Le résultat final se traduisit par un rétablissement complet de la vision avec persistance d'un scotome annulaire relativement très petit. — P. N.

FORMULAIRE

Solution contre les ulcérations nasales d'origine syphilitique. — Neumann.

Iode..................................	0 gr. 10 centigr.
Iodure de potassium	1 gramme.
Glycérine pure	100 grammes.

Faites dissoudre. — Pour badigeonner la muqueuse nasale ulcérée des sujets syphilitiques. — N. G.

COURRIER

M. Phocas, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, est chargé d'une mission en Italie, pour étudier les Instituts orthopédiques.

Bulletin bibliographique

L'hermaphrodisme, structure, fonctions, état psychologique et mental, état civil et mariage, dangers et remèdes, par le docteur Ch. Debierre, professeur à la Faculté de Lille. 1 vol. in-16 de 160 pages avec 23 figures. — Prix : 2 francs.

Cet ouvrage se trouve à Paris, à la Petite Bibliothèque médicale.

Le Gérant : G. Richelot.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

L'hérédité de la tuberculose. — La mortalité de la première enfance par tuberculose.

L'enfant né de parents tuberculeux est-il tuberculeux à sa naissance, ou seulement prédisposé à la tuberculose?

Telle est la question que MM. Vignal, Landouzy, Hutinel, Bernheim et Solles ont cherché à résoudre au récent Congrès.

Nous avons déjà vu que M. Solles soutenait que les enfants nés de tuberculeux apportaient en naissant des spores, transmis des parents au fœtus; ces spores restent chez les enfants, pendant une période variable, mobiles et de plus ou moins facile élimination. S'ils sont éliminés spontanément ou thérapeutiquement, la tuberculose n'apparaît pas; s'ils sont retenus, la tuberculose se développe à un moment plus ou moins éloigné de la naissance. La tuberculose héréditaire serait donc surtout due à la difficulté de l'élimination des spores, ce serait une affection par rétention parasitaire.

La tuberculose vraiment héréditaire est de toute façon très rare, en ce sens que les enfants naissent rarement avec des lésions tuberculeuses constatées par l'autopsie. M. le professeur Jacobi (de New-York) n'en a vu qu'un cas, depuis trente ans, chez un fœtus né au septième mois d'une femme qui mourut de cachexie tuberculeuse trois semaines après; le fœtus présentait un grand nombre de granulations miliaires, examinées au microscope, dans le foie, la rate et la plèvre pulmonaire.

M. Vignal a voulu se renseigner sur ce point au moyen de l'expérimentation, par des inoculations en série, à des cobayes, de produits provenant de nouveau-nés de mères manifestement tuberculeuses. Les cobayes inoculés soit avec les organes de ces fœtus, soit avec des fragments de placenta, ne sont jamais devenus tuberculeux.

D'autre part, des cobayes femelles pleines ont été inoculéss dans le péritoine avec le bacille de Koch; les foies et les rates de 11 petits issus de ces femelles ont été inoculés à 19 cobayes, dont aucun, cinq mois après, ne présentait de lésion tuberculeuse à l'autopsie.

D'après ces expériences, l'hérédité de la tuberculose serait donc extrêmement rare, si même elle existe.

M. Hutinel penche pour la manière de voir de M. Vignal. Il admet cependant, comme tout à fait certains, plusieurs des exemples de tuberculose congénitale publiés dans ces dernières années. Il ne croit pas que, dans ces cas, la tuberculisation du fœtus date de la conception, mais qu'elle a pu se faire de la mère à l'enfant par la voie placentaire. Il existe sans doute, dans

le placenta, quelque lésion encore mal connue, qui rend possible le passage de bacilles d'un organisme à l'autre.

Ce qui a pu faire croire à l'hérédité de la tuberculose, ce sont les faits de phthisie pulmonaire observés chez de jeunes enfants, mais ces faits, rares dans les premières semaines de la vie, deviennent de plus en plus fréquents à mesure qu'on s'éloigne de la naissance; ne semble-t-il donc pas, par là, que ces cas de tuberculose soient dus à la contagion?

Un autre fait qui, de prime abord, aurait pu faire naître l'idée de tuberculose congénitale, c'est la constatation, à l'autopsie, de tuberculoses ganglionnaires paraissant indépendantes de toute lésion viscérale, et pouvant être acceptées, par conséquent, comme d'origine congénitale. Les plus communes sont celles du médiastin. Or, chaque fois que M. Hutinel a cherché la lésion pulmonaire qui aurait pu servir de point de départ à cette tuberculose ganglionnaire, il l'a trouvée. Il admet que les bacilles peuvent traverser le tissu pulmonaire et arriver au ganglion sans laisser de traces de leur passage dans le poumon, mais le fait lui semble rare. Voilà donc une lésion qui paraissait congénitale et qui est sans doute consécutive à la pénétration des bacilles dans les voies respiratoires.

Les expériences faites par M. Bernheim conduisent aux mêmes conclusions. En élevant des portées de lapins tuberculeux, il a éloigné immédiatement, après chaque grossesse, les rejetons nés de parents phthisiques et les a placés dans les meilleures conditions d'hygiène et d'isolement. Jamais aucun de ces descendants de tuberculeux n'est devenu tuberculeux lui-même. Il a vu de même que la tuberculose précoce était rare chez les enfants nés de phthisiques qu'on a eu soin d'éloigner immédiatement de leurs parents.

MM. Hutinel et Bernheim pensent donc, contrairement à M. Solles, que les enfants nés de tuberculeux n'apportent pas en naissant la graine de la tuberculose; mais ces auteurs entendent par graine, ou par germe, le bacille, tandis que M. Solles invoque les spores, alors qu'il n'y a pas de bacille. Il y a là une distinction intéressante à établir, et un nouveau sujet d'études.

En proclamant et en démontrant la rareté de la tuberculose congénitale ou héréditaire, les auteurs dont nous venons de parler se mettaient en désaccord complet avec MM. Landouzy et Martin, qui paraissaient soutenir que cette hérédité était presque fatale.

M. Landouzy, mis en cause, a tenu à rétablir l'exactitude des textes. Il n'a jamais dit que l'hérédité de la tuberculose était fatale. Ce qu'il a dit, et qu'il répète, le voici : Il existe une hérédité diathésique qui fait que les enfants nés de parents tuberculeux sont eux-mêmes des *candidats* à la tuberculose.

Cette déclaration met tout le monde d'accord, non seulement sur les faits, mais sur les mesures à prendre pour éviter le développement de la tuberculose chez les prédisposés. Ceux-ci sont nombreux, dans la clientèle hospitalière de M. Hutinel, à l'hospice des Enfants-Assistés.

Parmi les enfants que l'Assistance publique envoie en province, M. Hutinel a pu constater que beaucoup étaient nés de parents tuberculeux et que cependant très peu étaient devenus tuberculeux. Deviendront-ils tuberculeux un jour? C'est possible; mais de ce qu'ils sont séparés de leurs parents, ils se trouvent dans de meilleures conditions pour éviter la contagion. Tout est là, en effet. Les enfants nés de parents tuberculeux pré-

sentent un terrain favorable à la germination tuberculeuse; quand la tuberculose éclate chez eux, cela résulte souvent d'une transmission par contage d'autant plus facile que les rapports avec leurs parents malades sont plus intimes.

L'enfant né de parents tuberculeux n'est pas voué fatalement à la tuberculose, tant s'en faut; seulement, si on veut qu'il échappe à la maladie, il faut l'éloigner immédiatement du foyer de contagion et le placer dans des conditions telles qu'il puisse éviter la contamination.

Ce que M. Landouzy exprime en disant : « Je suis le premier à proclamer le danger d'une théorie qui ferait considérer comme inévitable la tuberculose de ces candidats, alors que des mesures prophylactiques peuvent, dans la majorité des cas, suffire à les sauver. »

Un point important est encore ressorti de la communication de M. Hutinel, c'est la fréquence de la mortalité par tuberculose chez les bébés ou enfants du premier âge. De 1 jour à 1 an, M. Hutinel n'a constaté, à l'autopsie de 118 enfants, que 4 cas de tuberculose, mais, de 1 à 2 ans, le tiers des enfants morts, soit 33 p. 100, présentent des lésions tuberculeuses.

M. Landouzy, au premier Congrès de la tuberculose, en 1888, avait déjà attiré l'attention sur cette fréquence de la mortalité par tuberculose des jeunes enfants. Il est revenu sur ce sujet cette année. Pour les deux années réunies, il n'a trouvé qu'une mortalité de 21 p. 100, mais un auteur allemand, Boltz, a trouvé pour la première année une mortalité de 27,8, et pour la seconde, de 26,2, ce qui met la mortalité générale des enfants du premier âge à 54 p. 100. La tuberculose prélève donc, par la mortalité du jeune âge, le plus lourd tribut dans notre pays déjà amoindri par la faiblesse de sa natalité. Ce fait intéresse non seulement l'anatomie générale, la nosographie, il intéresse encore les hygiénistes et les économistes, qui ne doivent plus ignorer que la tuberculose pourrait bien, pour la dépopulation de la France, faire à elle toute seule autant et plus que l'alcoolisme, la syphilis et le malthusianisme réunis.

Une seule considération est presque consolante dans ce déplorable état de choses : c'est que rien encore n'a été fait pour mettre le nouveau-né à l'abri de la contagion de la tuberculose; c'est qu'on n'a pas répandu dans le grand public les instructions et les mesures de prophylaxie alimentaire qui, pour une forte part, peuvent vaincre la tuberculose infantile; c'est qu'on n'a pas averti le public de la facilité extrême qu'ont tous les enfants (sans parler de ceux que leur hérédité de terrain met spécialement en prédisposition, en aptitude et en opportunité bacillaires) à prendre, d'où qu'elle vienne, la tuberculose — voie cutanée, respiratoire, voie digestive surtout — c'est qu'on n'a pas averti le public de la place énorme que peut faire à la contagion la déplorable et accroissante coutume de l'allaitement artificiel dans les villes. Tandis que maints avertissements, règlements, arrêtés, recommandations, précautions visent, pour le nouveau-né, la prophylaxie de la variole, de la rougeole, de la scarlatine, de la coqueluche, de la diphthérie, des teignes, de l'ophthalmie, où, quand, comment a-t on mis et met-on les mères en garde contre les contagions alimentaires et autres? Qui, où, quand, comment, en dépit de l'unanimité exprimée dans notre dernier Congrès sur la contagiosité possible par la viande crue et le lait non bouilli (pour ne parler que de prophylaxie alimentaire), a-t-on fait quelque chose pour arrêter la tuberculose quand elle s'attaque aux terrains infantiles si déplorablement aptes à cultiver le bacille? C'est à l'hygiène d'édicter

des lois et des règles pour l'élevage et l'allaitement des bébés, souvent plus mal compris pour le nouveau-né de l'homme que pour le produit des animaux domestiques.

C'est donc surtout en améliorant l'alimentation des jeunes enfants et en les mettant à l'abri de la contagion familiale qu'on peut diminuer leur mortalité de cause tuberculeuse. « Et il n'est que temps, puisque la chose est possible, de se mettre à l'œuvre pour que la tuberculose infantile devienne maladie évitable. »

La protection de l'enfance dans le département de la Seine pendant l'année 1889

Lecture faite à l'Académie de médecine le 11 août 1891

Par le docteur R. Blache.

Le travail très succinct que j'ai l'honneur de présenter aujourd'hui à l'Académie, et qui continue la série des études de même nature qu'elle m'a permis de lui soumettre successivement depuis plusieurs années, est un résumé des résultats de l'application de la loi Roussel dans le département de la Seine pour l'année 1889.

D'après les rapports officiels élaborés avec tant de soin et d'exactitude dans tous les détails par l'administration préfectorale, ces résultats, je dois le reconnaître tout d'abord, sont un peu inférieurs à ceux de 1888. Il y a là un léger temps d'arrêt dans la marche toujours progressive jusqu'alors de la protection de l'enfance. C'est un fait qu'il ne faut pas, sans doute, laisser passer inaperçu, mais dont il ne faut pas non plus s'exagérer l'importance et dont il n'y a nullement lieu de s'inquiéter, si on se rend compte de ses véritables proportions et des circonstances fortuites ou particulières qui l'expliquent. En somme, comme cela ressort des chiffres ci-après indiqués, l'année 1889, si elle a été inférieure à 1888, est restée à peu près égale à 1887 et 1886. Elle a compté 4,900 nourissons (au lieu de 5,120 en 1888) sur lesquels la protection s'est exercée, savoir : 1,506 à Paris et 3,394 dans la banlieue. C'est, pour Paris, une légère augmentation comparativement à l'année précédente.

Au point de vue du sexe, les 4,900 enfants protégés se partageaient dans les proportions ci-après indiquées :

Garçons	2,538	soit 52 p. 100
Filles	2,362	soit 48 —

Le nombre des garçons continue à regagner sa supériorité sur celui des filles : l'écart est plus considérable que l'an dernier.

Comme état civil, on compte :

3,539 enfants légitimes.........	soit 72 p. 100
1,361 enfants naturels.........	soit 28 —

C'est la même proportion qu'en 1888. Il est regrettable de voir le chiffre de la filiation illégitime se maintenir toujours élevé ; j'ai déjà expliqué, en effet, qu'elle fournit un contingent plus considérable à la mortalité. Ainsi, en 1889, elle a été de 8,81 p. 100 pour les enfants naturels, et de 7,94 p. 100 pour les enfants légitimes.

Comme mode d'élevage, les 4,900 nourrissons ont été répartis de la manière suivante :

	2,209	enfants élevés par nourrices au sein......	soit 45 p. 100
	2,094	— — au biberon...	soit 43 —
	597	— élevés par sevreuses ou gardeuses.	soit 12 —
Total..	4,900		

On voit combien est faible l'écart entre l'élevage au sein et l'élevage au biberon. Depuis trois ans, j'ai le regret de constater que cet écart va toujours en diminuant. L'une des raisons de cette diminution, c'est que le salaire des nourrices au sein, dont le nombre est d'ailleurs limité, se maintient à un taux relativement élevé, tandis que les nourrices au biberon abaissent sensiblement le taux du leur. Encore un peu et nous verrons le département de la Seine tomber dans le sort commun aux autres départements et compter plus d'enfants élevés au biberon que d'enfants élevés au sein. Cette situation affligeante commande l'attention, et l'Académie, je le sais, s'associera au sentiment de tristesse éprouvé par ceux qui, s'inspirant de ses doctrines, prêchent l'allaitement au sein et surtout l'allaitement maternel, comme, pour ma modeste part, je n'ai cessé de le faire.

Mais, où trouver le remède? On parle de conseiller aux parents de placer leurs enfants chez des nourrices au sein en province, au lieu de les placer à Paris chez des nourrices au biberon, en montrant que dans ces conditions la dépense n'est pas plus forte. Mais les parents objectent, non sans raison, que l'éloignement les empêchera d'exercer sur leurs enfants une surveillance efficace. On dit encore, en termes généraux, favorisez le plus possible le placement des nourrissons chez les nourrices au sein des environs de Paris. Soit, mais les moyens de réalisation? Car à supposer qu'on trouvât dans le département de la Seine vingt fois plus de nourrices au sein qu'il n'y en a maintenant, il y aurait encore la question de prix qui éloignerait bien des gens, car le salaire maximum d'une nourrice au sein est de 45 francs par mois à Paris et varie de 35 à 45 francs dans la banlieue.

Ne nous décourageons point cependant de chercher la solution de ces problèmes, si compliqués qu'ils soient; ne nous lassons pas surtout de continuer une propagande plus active que jamais, en faveur de l'allaitement au sein et surtout de l'allaitement maternel.

Enfin, travaillons sans relâche à perfectionner les conditions déjà sensiblement améliorées dans lesquelles se pratique l'élevage au biberon. Avant tout, il faut arriver à la suppression totale du biberon à long tube, et, pour ce faire, il faut non seulement exclure impitoyablement de toute récompense administrative ou autre, les nourrices qui, par paresse, s'obstinent à s'en servir, mais punir cette obstination par le retrait de l'enfant placé chez elles. Il s'agit, en effet, de conjurer un des principaux dangers d'un mode d'alimentation qui, défectueux par lui-même, augmenterait encore les chances de mortalité si on le tolère plus longtemps.

Dans le même but, je ne saurais trop insister sur ce que, dans mes précédentes études, j'ai dit au sujet de l'importance du service de l'inspection médicale et de l'intérêt de premier ordre qui s'attache à son développement. C'est donc avec satisfaction que j'enregistre les résultats suivants pour 1889 :

1,639 nourrices ajournées provisoirement;

204 nourrices refusées définitivement par le médecin inspecteur chargé

de la contre-visite médicale sur un chiffre total de 13,467 femmes examinées (168 de moins qu'en 1888);

186 certificats de nourrice refusés par les médecins inspecteurs aux nourrices, sevreuses ou gardeuses qu'ils ont eu à examiner;

23,601 visites faites par les médecins inspecteurs et 21,326 par les dames visiteuses, et au total 62,606 visites aux nourrissons, aux bureaux de nourrice et aux crèches, dans les treize circonscriptions de la Seine, où le zèle du personnel de la Protection est au-dessus de tout éloge.

Les visites aux nourrissons ont eu pour conséquence 152 retraits provoqués par le service et motivés par la santé, l'incurie, l'incapacité des nourrices; l'insuffisance de leur lait; l'insalubrité de leur logement, etc., etc. D'après les renseignements officiels, nombre de retraits reconnus indispensables auraient dû être effectués en sus, si l'on ne s'était heurté contre la résistance des parents vis-à-vis de laquelle le service d'inspection est sans moyens d'action. Là encore, il y a une lacune à combler dans la loi; il y a des pénalités spéciales à établir contre les parents et les éleveuses, en cas d'opposition au retrait jugé nécessaire par le médecin inspecteur, et particulièrement en cas de décès de l'enfant à la suite de ce refus.

Ce n'est pas tout, d'ailleurs, que de pouvoir faire retirer l'enfant des mains d'une mauvaise nourrice; il faudrait encore que cet enfant, dont le mauvais état de santé motive généralement le retrait, ne se trouvât pas privé des bienfaits de la protection, juste au moment où il en aurait le plus besoin. Il faudrait que le médecin inspecteur continuât à le voir, au moins pendant un certain temps, lorsqu'il n'a pas été confié à une nouvelle éleveuse chez qui la surveillance du service continuera à s'exercer sur lui. Si l'on considère que le sort de la plupart des enfants retirés administrativement reste ignoré, on reconnaîtra la nécessité d'introduire dans la loi des dispositions qui fassent disparaître cette lacune.

Sur les 4,900 enfants protégés, il y a eu, dans la période que nous étudions, 401 décès, dont 295 pour la banlieue et 106 pour Paris qui, cette fois encore, garde la situation la plus favorable. C'est un chiffre malheureusement trop élevé qui représente 8,18 p. 100, en augmentation de 0,71 p. 100 sur l'année précédente. Mais cette augmentation doit être indubitablement attribuée aux diverses épidémies, y compris l'influenza qui a sévi sur les enfants, à un moindre degré cependant que sur les adultes, pendant les deux derniers mois de 1889.

En revanche, deux cas de variole seulement sont relatés dans nos statistiques. Voilà qui atteste éloquemment le progrès continu de la vaccination: 3,443 nourrissons vaccinés sur 4,900, soit exactement les 7 dixièmes, c'est assurément un excellent résultat; mais ce n'est pas encore celui auquel on doit arriver.

Je n'abuserai pas de l'attention de l'Académie en répétant ici les *desiderata* que j'ai exprimés précédemment devant elle et devant le dernier Congrès d'hygiène et de démographie sur cette importante question, en attendant la *vaccine obligatoire;* pourtant, je crois devoir insister sur quelques mesures dont l'efficacité se fera probablement bientôt sentir :

1° Imposer aux parents plutôt qu'à la nourrice, avec pénalité d'une amende, l'obligation de faire vacciner leur enfant dans un délai déterminé ou à l'époque fixée par le médecin-inspecteur, en cas d'empêchement causé par l'état de l'enfant;

2° Fixer l'âge, *trois mois,* par exemple, au delà duquel la vaccination

devra précéder le placement en nourrice, ou tout au moins être pratiquée immédiatement et d'office par le médecin inspecteur ;

3° Imposer aux nourrices l'obligation de faire vacciner leurs propres enfants quand ils sont âgés de plus de 3 mois, mais aussi accorder à celles qui font vacciner leur nourrisson dans le délai réglementaire, la prime de 3 francs allouée à Paris aux parents pauvres par les bureaux de bienfaisance.

Ces idées, je me hâte de le dire, trouvent un avocat plein d'autorité et de persévérance chez l'administration préfectorale; espérons que ses efforts pour développer les progrès encore à atteindre réussiront d'abord à assurer un service régulier de vaccination qui n'existe actuellement qu'à Paris et dans quelques grosses communes suburbaines.

Espérons aussi que, pour combattre victorieusement la mortalité infantile, l'autorité administrative, dont les fonctionnaires chargés dans le département de la Seine du service de la protection de l'enfance déploient un esprit d'initiative et de zèle auxquels je me fais un devoir de rendre hommage, parviendra à réaliser la grande pensée d'une *Caisse de la protection de l'enfance.*

La création de cette Caisse dans chaque centre nourricier un peu important compléterait la loi Roussel en mettant les nourrices et les familles indigentes à même de procurer aux enfants élevés hors du domicile paternel l'alimentation et les soins nécessaires. Subventionnée par le bureau de bienfaisance, la commune, le département, l'Etat, et principalement alimentée par la charité, elle serait destinée à venir en aide : 1° aux nourrissons nécessiteux par la distribution de lait, de vêtements, etc.; 2° aux nourrices pauvres et mal payées, par ces distributions de lait et par des dons en argent et en nature; 3° aux parents indigents, par l'allocation de secours, leur permettant de donner à leur enfant une nourrice convenable, de procéder aux retraits ou aux changements d'élevage reconnus indispensables, et surtout de ne pas interrompre prématurément la nourriture faute de ressources suffisantes; 4° enfin, aux nourrices et aux nourrissons qui tombent malades, en leur fournissant gratuitement les secours pharmaceutiques.

Ainsi se trouverait comblée une des principales lacunes que la loi Roussel renferme au point de vue financier et que j'avais l'honneur de signaler encore l'an dernier à l'Académie. Officiellement, et avec des ressources plus puissantes, la Caisse projetée rendrait, sur une plus grande échelle, les services que rendent déjà dans leur sphère d'action les Sociétés protectrices de l'enfance, notamment celle de Paris, à laquelle M. le docteur Marjolin attache depuis longues années son nom et ses bienfaits.

Maintenant, l'idée est lancée : elle aboutira, je n'en doute pas ; les pouvoirs publics entendront l'appel pressant que leur adresse l'Administration préfectorale, et elle ne saurait avoir nulle part plus d'écho que dans l'enceinte de l'Académie, où l'on songe sans cesse aux moyens d'améliorer la protection infantile.

Deuxième Congrès de médecine mentale tenu à Lyon.

La responsabilité des aliénés et des dégénérés est une des questions les plus importantes à bien connaître pour le médecin légiste, c'est aussi une de celles où il est bien difficile de poser des règles fixes. C'est du moins ce qui ressort de la discussion qui a

eu lieu au Congrès à la suite du rapport du docteur Coutagne sur *la responsabilité légale et la séquestration des aliénés persécuteurs.*

Il y a des aliénés persécutés (type classique de Lavigne) et des persécuteurs raisonnants qui sont des dégénérés héréditaires, et chez lesquels les idées de persécution évoluent avec plus d'exubérance, sur un fond pathologique plus ou moins profond en apparence, sans hallucinations sensorielles, sans systématisation aussi rigoureuse.

Le persécuteur n'a pas toujours des allures expansives; il n'en est que plus dangereux, et il y a des persécuteurs latents.

La vie des persécuteurs est très fertile en incidents judiciaires. Ils ont conservé la faculté de raisonner, l'adaptent aux idées délirantes et ils restent longtemps en liberté; aussi commettent-ils fréquemment des infractions à la loi. Très souvent des attentats à la vie, des vols, escroqueries, etc., sont de leur fait.

M. Coutagne n'a pu concilier une théorie de responsabilité avec les exigences pratiques, sans faire préalablement abstraction des idées de libre arbitre et de démérite. L'aliénation mentale devrait figurer dans les procès comme élément graduateur et non comme élément éliminateur de la responsabilité.

Actuellement, l'irresponsabilité absolue s'applique à l'individualité nettement pathologique, et la responsabilité entière découle de la constatation d'un état mental rentrant dans la moyenne normale. On accepte de plus en plus généralement les déclarations de responsabilité atténuée ou limitée, les seules applicables, en bonne justice, à une masse de sujets en équilibre mental instable, arrêtés pour le moment sur la pente d'une affection qui pourra rester à l'état d'ébauche. Dans ces cas, la justice conserve toute latitude pour graduer la répression.

Le persécuteur persécuté devra être déclaré irresponsable sans restrictions, car il est peu d'affections mentales plus solidement organisées avec ses idées fixes, ses hallucinations sensorielles, sa chronicité et sa continuité.

La question change de face pour les autres variétés d'aliénés persécuteurs. Le fond pathologique du persécuteur raisonnant est moins solide que celui du persécuteur persécuté. A côté de lacunes parfois énormes, la conservation et même le développement anormal de certaines facultés cérébrales sont éminemment propres à dérouter l'observateur étranger à la médecine mentale. L'expert sera souvent heureux de pouvoir abriter ses incertitudes derrière une conclusion mitigée d'irresponsabilité. Lorsque le caractère pathologique de l'inculpé sera affirmé par la coïncidence d'antécédents héréditaires, de stigmates physiques de dégénérescence et d'actes cérébraux anormaux, on devra déclarer ces persécutés aussi irresponsables que ceux de la variété précédente. Mais à partir des états mitoyens qui témoignent d'une organisation pathologique incomplète, le médecin concluera à l'atténuation de la responsabilité.

La séquestration de l'aliéné persécuteur n'a légalement rien d'obligatoire et elle n'est réglementée par aucune disposition spéciale. Le persécuteur est toujours dangereux et de diverses manières. Il ne commet pas seulement le crime logique et préparé de longue main, mais peut brusquement rencontrer sur sa route une circonstance d'apparence insignifiante qu'il fera entrer dans le cycle de ses conceptions délirantes et qui le transformera en un persécuteur des plus redoutables. De plus, le persécuteur répand dans son entourage des chances de contagion mentale.

Le problème de la séquestration se complique si on l'envisage au point de vue de sa durée. Le persécuteur persécuté est avant tout un chronique, on peut même dire un incurable, dont le délire stéréotypé peut se prolonger vingt et trente ans à peine avec quelques légères rémissions.

Les persécuteurs raisonnants s'améliorent par leur repos dans l'asile, parfois très rapidement, et manifestent un équilibre cérébral qui ne permet pas au médecin de maintenir légalement leur séquestration. Il va sans dire que leur mise en liberté est le signal, dans la majorité des cas, de la reprise des mêmes actes et des mêmes idées, ou d'autres symptômes épisodiques, d'où renouvellement de la nécessité de l'internement.

L'aliéné persécuteur est destiné en somme à être soustrait à la vie commune et placé dans un asile pendant la période la plus longue de l'évolution de la maladie. S'ensuit-il que les conditions matérielles dans lesquelles se fait en France l'hospitalisation de ces

sujets, ne laissent actuellement rien à désirer? Il est certain que la séquestration des persécuteurs gagnerait en efficacité s'ils étaient soustraits au voisinage de certains malades incommodes ou agressifs, et soumis, au moins par intermittences, à un régime moins voisin du régime pénal que celui de nos grands asiles. Dans les réformes de l'avenir, il y aurait à tenir compte de l'influence que pourraient exercer sur leur état mental d'autres formes d'assistance, telle que la colonie agricole.

Enfin, pour les persécuteurs dangereux et incurables, on pourrait les transporter très loin et la Nouvelle-Calédonie aurait assez de place pour leurs installer une colonie.

Pour M. Charpentier, l'aliéné persécuteur se reconnaît par la nature de l'idée délirante qui est une idée de persécution, qui revient souvent et qui commande l'acte nuisible. Quand le délit commis est lié intimement à l'idée délirante, on doit conclure à l'irresponsabilité absolue; on admettra la responsabilité atténuée, s'il n'y a pas de lien entre le délit et l'idée délirante, mais des signes de dégénérescence, des troubles mentaux antérieurs; enfin on se prononcera pour la responsabilité partielle s'il n'y a pas les signes ci-dessus, en même temps que l'on ne peut trouver de rapports entre le délit et l'idée délirante.

La punition pourrait être regardée comme un moyen thérapeutique, et certains aliénés qui regardent leur crime comme n'en étant pas un parce qu'ils n'ont pas été condamnés, seraient plus améliorés par une condamnation sévère que par une simple séquestration.

Certains aliénés persécuteurs ne peuvent être traités que par la punition et si on bannit cette dernière des asiles il faudra les placer ailleurs. Comme punition, on doit employer l'isolement, les moyens de contrainte non nuisibles, etc.

L'opportunité de la séquestration est indiquée par la conduite de l'aliéné, par son caractère et le délit commis.

La prescription des sorties d'essai, pour l'aliéné persécuteur séquestré, doit être considérée comme un moyen de traitement réservé au médecin.

Les aliénés persécuteurs dangereux ou indisciplinés doivent être séquestrés dans tout asile d'aliénés, mais pourvu de quartiers spéciaux.

Tout aliéné persécuteur guéri après un certain temps d'observation ne devra pas être maintenu dans l'asile qui lui a servi de traitement.

M. Giraud (de Saint-Yon) ne pense pas que le médecin puisse apprécier le degré de responsabilité. Un criminel est responsable ou il ne l'est pas et le jury ne peut se trouver que fort embarrassé devant une déclaration de responsabilité partielle.

M. Ballet limite le nom de persécuteurs à ceux qui ont des hallucinations. On doit admettre l'irresponsabilité quand le malade a agi sous l'influence d'un mobile morbide, et le regarder comme responsable quand il a agi poussé par un mobile vulgaire.

La responsabilité atténuée doit être admise dans les circonstances suivantes : quand un malade a commis un crime en obéissant à un mobile vulgaire et qu'il existe chez lui des stigmates de dégénérescence.

On doit agir vis-à-vis d'un persécuteur déclaré irresponsable comme pour les persécutés criminels.

En fait, il paraît résulter de la discussion que les membres du Congrès sont d'accord pour séquestrer les aliénés persécuteurs irresponsables et d'autre part qu'ils tendent à admettre la responsabilité atténuée. On ne peut cependant s'empêcher de reconnaître avec M. Giraud que la responsabilité partielle n'est pas une solution pour un jury qui ne peut pas rendre un verdict partiel, qui ne peut répondre que par oui et par non. Il est vrai qu'il peut accorder des circonstances atténuantes.

Il nous semble qu'il est un côté de la question qui, à propos de la séquestration ou de la non-séquestration, n'a été qu'insuffisamment mis en lumière. Tout membre de la société a droit à une protection efficace. Or, de même que l'on met dans l'impossibilité de nuire le criminel qui a tué, de même l'on doit enfermer l'aliéné dangereux, car peu importe à celui qui est frappé que son assassin soit fou, sain d'esprit ou seulement partiellement responsable. D'autre part, s'il est bien démontré que les rechutes de certaines affections mentales sont la règle, que le malade, après une période de lucidité

plus ou moins longue, redeviendra dangereux, il convient de ne pas le rendre à la liberté. Et ce faisant, la société ne fera qu'user du droit de légitime défense.

II

M. Lacour (de Lyon) a lu un rapport sur l'*assistance des épileptiques*. Cette assistance est, il faut bien le reconnaître, très défectueuse ou même nulle dans la plupart des départements. Le département de la Seine a seul des services spéciaux pour les épileptiques; dans le reste de la France, il n'existe que quatre asiles, dont trois sont religieux, ceux de la Teppe (Drôme), de la Deveze (Cantal), de la Force (Dordogne) et un hospitalier, « l'Antiquaille ». A Londres, il y a trois petits hôpitaux; en Amérique, quelques petits refuges; en Hollande, un asile près de Haarlem. La colonie de Bielfeld, en Westphalie, est le meilleur établissement. Un grand nombre de pays n'ont rien.

Il conviendrait cependant de s'occuper beaucoup de l'épileptique, de développer son intelligence, de l'occuper, car, dans ces conditions, on le guérira beaucoup plus facilement.

M. Carrier pense, avec raison, qu'il faut distinguer plusieurs classes d'épileptiques. Ceux qui sont aliénés doivent naturellement être internés dans un asile; on hospitalisera les infirmes, les paralysés ou ceux qui ont des crises tellement fréquentes que toute occupation régulière leur est impossible. Pour ces derniers, il faut leur apprendre un métier, ne pas les laisser inactifs. Enfin, il est des épileptiques qui n'ont que de rares crises et peuvent vivre presque complètement de la vie ordinaire; il suffit alors qu'il y ait une consultation où ils puissent être examinés de temps à autre et recevoir les conseils nécessaires.

On peut espérer beaucoup diminuer la mortalité des épileptiques en s'en occupant judicieusement. D'après les chiffres recueillis par M. Leriche à l'asile départemental des incurables de Saône-et-Loire, la mortalité de ces malades, quand on les abandonnait à eux-mêmes, était de 16,12 p. 100; quand on les a soignés, elle s'est abaissée à 2,25 p. 100.

Mais que dire de cet asile où l'on refusait tout soin à des épileptiques?

III

Actuellement, le Parlement est saisi d'une proposition de loi de M. Reinach, tendant à reviser la loi de 1838 qui règle le placement des aliénés, etc.

M. Pierret est venu réclamer l'introduction dans la loi d'articles destinés à assurer l'assistance rapide des aliénés pauvres. Actuellement, il est impossible de faire entrer dans un asile gratuit un aliéné pauvre inoffensif. Le placement volontaire revient au minimum à 120 francs pour trois mois et il faut les payer d'avance. On en est réduit à tourner la loi pour faire placer l'aliéné gratuitement. Un médecin déclare par complaisance que le malade est dangereux, les voisins confirment son dire et l'internement a lieu. Malheureusement, il est tardif, et les chances de guérison de la folie diminuent dans une proportion considérable quand elle n'est pas soignée dès son début. M. Pierret rapporte des chiffres recueillis à l'étranger, qui montrent que la proportion des guérisons est beaucoup plus élevée que chez nous, au moins dans les asiles départementaux où les malades sont admis trop tard.

Mais, on doit reconnaître avec M. Bouchereau que les statistiques des différents pays ne sont pas comparables et que, par exemple, les asiles qui reçoivent beaucoup d'alcooliques ont naturellement un grand nombre de guérisons.

A Charenton, où il n'y a que des pensionnaires, le chiffre des guérisons, d'après M. Christian, ne dépasse pas 5 à 6 p. 100.

M. Rebatel (de Lyon) a fait voter par le Congrès la proposition suivante :

« Les membres du Congrès de médecine mentale de Lyon, considérant que la loi de 1838, appliquée journellement depuis plus de cinquante ans, répond aux besoins des malades, et n'a donné lieu qu'à des abus très restreints comme nombre et des plus

contestables comme faits, émettent le vœu que la loi de 1838, susceptible de quelques perfectionnements dans les détails, soit maintenue dans ses dispositions générales. »

M. Thévenet, président de la commission parlementaire chargée d'examiner le projet de loi de M. Reinach, déclare que cette commission s'efforcera dans la rédaction de son rapport d'introduire dans la loi des textes faisant considérer les aliénés comme des malades ordinaires et mettant sur un pied d'égalité les aliénés pauvres et les aliénés riches. (*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

De l'arhythmie du cœur chez les obèses, par le docteur H. Kisch. (*Deut. med. Woch.*, 1890, n° 52.) — L'arhythmie du cœur, dans les cœurs gras sans complication, est rare. Sur 700 sphygmogrammes d'individus obèses, l'auteur n'a trouvé ce phénomène que dans 55 cas, soit 8 p. 100.

Chez les obèses jeunes ou d'âge moyen, l'arhythmie est rare. Ils ne présentent qu'un faible degré d'irrégularité sous forme d'intermittences. Sous l'influence du traitement, ces arhythmies disparaissent.

Le plus grand nombre des cas d'arhythmie se constate sur des personnes de plus de 50 ans, dont le cœur est tellement gras qu'il en devient insuffisant, qu'il y a non seulement des intermittences, mais aussi de l'irrégularité des pulsations. Tous ces obèses se plaignent de palpitations, de difficulté considérable de respirer en montant les escaliers. Souvent, ils ont une dyspnée intense et des accès de vertige et, la nuit, des accès d'asthme, souvent de l'œdème des pieds et de l'albuminurie. H. Kisch a vu ces arhythmies s'améliorer par le traitement, mais n'a jamais constaté leur disparition.

L'arhythmie complète, l'irrégularité complète, délire du cœur de Bouillaud, est un symptôme grave. L'auteur l'a toujours vue accompagnée d'asthme cardiaque, d'albuminurie, quelquefois d'hydropisie. L'examen physique du cœur donne, dans ces cas, une étendue excessive de la matité, un choc du cœur à peine sensible, des bruits du cœur sans régularité dans leur force et leur succession, des souffles sourds quelquefois systoliques, le deuxième bruit aortique plus fort. Ces sujets se plaignent d'haleine courte et de palpitations non seulement après des mouvements, après des repas copieux, mais aussi au repos. Souvent, outre l'asthme cardiaque, il y a de l'angine de poitrine. Le délire du cœur peut persister des années. — P. N.

De quelques nouvelles médications.

Le thiol dans le traitement des maladies de femmes, par le docteur Gottschalk. (*Revue de thérapeutique*, 1891).

M. Gottschalk emploie depuis neuf mois le thiol dans le traitement des affections gynécologiques. Il croit pouvoir affirmer que ce médicament égale en efficacité l'ichthyol sur lequel il a l'avantage d'être absolument inodore. Or l'odeur répugnante de l'ichthyol fait que l'emploi de ce médicament est souvent repoussé par les malades.

En premier lieu, M. Gottschalk a expérimenté le thiol dans le traitement des exsudats paramétritiques et périmétritiques : des tampons imbibés d'une solution de thiol dans la glycérine, solution à 10-20 p. 100, étaient introduits dans le fond du vagin ; ces tampons étaient renouvelés tous les jours ou tous les deux jours. En même temps, la paroi abdominale était enduite d'une pommade au thiol, de même degré de concentration. Après l'introduction du tampon, les malades accusent une sensation de resserrement dans le bas-ventre ; souvent il se fait une sécrétion abondante par le vagin. Cette sécrétion s'arrête presque aussitôt après que le tampon a été retiré.

Appliqué sur la peau du ventre, le thiol produit des effets presque identiques à ceux de la teinture d'iode. Après six ou huit jours d'applications quotidiennes, les malades

éprouvent une sensation locale de brûlure; l'épithélium se desquamme comme à la suite des badigeonnages de teinture d'iode. Après une pause de quelques jours, on peut sans inconvénients reprendre les applications de thiol.

Sous l'influence de ce traitement topique qu'on peut appuyer par l'administration interne du thiol, M. Gottschalk a vu de vastes exsudats pelviens se résoudre en l'espace de quelques semaines. On peut abréger la durée de la cure, en associant à celle-ci des bains de siège chauds ou le massage.

M. Gottschalk a également employé le thiol à l'état de poudre dans le traitement des érosions du col; les érosions étaient saupoudrées de thiol, et on appliquait par-dessus un tampon d'ouate. Guérison très rapide.

Dans les formes récente et chronique d'endométrite, M. Gottschalk a eu recours à l'introduction, dans la cavité utérine, au moyen de la sonde de Playfair, de tamponets d'ouate enduits de thiol liquide pur. Ces applications topiques sont à la fois indolores et inoffensives; elles ne provoquent pas de coliques utérines, pas d'inflammations périmétriques, alors même qu'elles sont renouvelées tous les deux ou trois jours. Tout au plus sont-elles suivies parfois d'une légère hémorrhagie. La muqueuse utérine s'exfolie progressivement en totalité.

Le thiol n'a qu'un inconvénient, c'est son prix de revient relativement élevé. — P. N.

FORMULAIRE

Lavement purgatif pour enfants. — Jules Simon.

Follicules de séné	8 grammes.
Eau bouillante	150 —

Faites infuser et ajoutez :

Miel de mercuriale	30 grammes.
Sulfate de soude	10 —

Pour un lavement destiné aux enfants atteints de convulsions. — N. G.

COURRIER

Concours. — L'ouverture du concours (médecine) pour les prix à décerner en 1891 à MM. les élèves internes de quatrième année, en fonctions dans les hôpitaux et hospices, aura lieu le lundi 7 décembre, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au Secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.
Membres du Comité :
LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

Le Congrès international d'hygiène, qui a tenu ses assises à Londres du 10 au 17 août, et qui a réuni 3,000 membres sous la haute protection de S. A. R. le prince de Galles, ne paraît pas, si nous nous en tenons aux comptes rendus qui nous sont passés sous les yeux, avoir produit encore une grande révolution dans la science. Nos hygiénistes ont rompu encore quelques lances avec les Anglais sur la question de la prophylaxie du choléra, mais, malgré les solides arguments de MM. Brouardel, Rochard, Proust, etc., *adhuc sub judice lis est.*

Parmi les travaux relatifs à la médecine, signalons seulement ici ceux de M. Millner, sur les infections d'origine buccale; H. Sewill, sur l'origine microbienne de la carie dentaire; G. Cunningham, sur les causes de cette maladie; Babès, sur l'infection hémorrhagique; D.-J. Hamilton, sur la nécrose bactérienne du foie; Laveran, Crookshank, W. Vorth, Hueppe, Anderson, sur l'étiologie de la malaria; Allan, Mac Fadyean, sur les bactéries de l'intestin grêle chez l'homme; Max Gruber, Crookshank, sur les organismes pyogènes; Shattock et Ballance, Sheridan Delepine, Duplay et Cazin, sur l'origine parasitaire ou infectieuse du cancer; Emmerich et Fowitzky,

FEUILLETON

CAUSERIE

Enfin, qua-t-il? Est-il mort, ou en vie, atteint ou non d'aliénation mentale? Mon Dieu, a-t-on assez divagué depuis quinze jours au sujet de l'empereur Guillaume II! Ce que c'est que d'être un empereur! Je puis bien me faire une entorse du genou, je vous f.... mon billet que le monde entier ne s'occupera pas autant de moi. En quoi il aura bien tort, du reste, car un homme en vaut un autre, n'est-ce pas?

Eh, mon Dieu, oui, tout cela pour une entorse, car il paraît que ce n'est qu'une entorse. L'empereur était sur le pont de son bateau, le *Hohenzollern*, il a glissé, est tombé sur le genou, s'est relevé difficilement, et aussitôt son médecin, le docteur Leuthold, a vu la rotule hors de sa place, l'y a remise, a appliqué un appareil plâtré, et voilà tout.

Sur ce thème, que de broderies! La jambe s'en va en gangrène. L'empereur est tombé non pas parce qu'il a glissé, mais parce qu'il a eu une attaque d'épilepsie. — Pas du tout, il a eu du vertige, parce qu'une de ses oreilles est très malade; la suppuration est devenue noire, infecte, personne ne veut rester auprès de lui. On lui a mis un appareil autour de la tête, avec des kilogrammes d'ouate salicylée; c'est le professeur Esmarch (de Kiel) qui a appliqué cet appareil. — Vous n'y êtes pas; l'oreille ne va pas plus mal;

sur l'immunité artificielle contre la pneumonie croupale; Roux, sur la statistique complète de la rage traitée à l'Institut Pasteur, etc.

— M. Javal, exposant à l'Académie ses idées sur les causes de la myopie, en a signalé qui appartenaient spécialement à certains pays, en particulier à l'Allemagne; mais celles-là, dit-il, « je ne crois pas qu'il convienne à un Français de les signaler autrement que dans un pli cacheté; j'ai l'honneur d'en déposer un à ce sujet sur le bureau de l'Académie ». Voilà qui va bien faire rêver les curieux! Que peut bien contenir ce pli cacheté, qu'un Français ne puisse le dire tout haut?

M. Javal et M. Lagneau nous ont fait d'intéressantes révélations sur l'hygiène de la race juive, qui, ne croyant pas à l'immortalité de l'âme, s'efforce de vivre le plus longtemps et le plus confortablement possible dans ce monde. Si les juifs se privent de beaucoup de choses incompatibles avec l'hygiène, ils ont, comme compensation, une bonne santé; c'est déjà quelque chose; mais ils paraissent prédisposés au diabète et à certaines affections cérébrales.

— La grossesse extra-utérine n'est plus maintenant à l'abri de la chirurgie, heureusement pour elle d'ailleurs. Il faut la traiter maintenant comme une simple tumeur abdominale, d'après le professeur Pinard, et le succès ne fera pas défaut, si on prend les précautions nécessaires. Neuf fois sur dix, au moins, on sauve la mère.

Du rétrécissement pulmonaire rhumatismal.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 27 juin 1891,

Par P. Duroziez.

Le rétrécissement pulmonaire, la grande lésion congénitale, est-il souvent d'origine rhumatismale? On admet l'origine inflammatoire sans viser spécialement le rhumatisme. Il y a cependant intérêt à savoir de quoi le rhu-

---

c'est l'estomac qui est détraqué; vous savez, *vertigo a stomacho læso;* voilà pourquoi.... (j'allais écrire : votre fille est muette) l'empereur a trébuché et est tombé. Quant au professeur Esmarch, il n'a pas mis les pieds sur le *Hohenzollern*, pas plus que son collègue Bergmann qui, suivant quelques reporters, aurait été appelé en consultation.

Qui croire, de tous ces curieux bavards, dont aucun n'a pu approcher à plus de 200 mètres du navire, et qui tous se croient le mieux informé. Du Havre à Kiel, ils braquent tous leurs lorgnettes du côté du Nord, cherchant la lumière qui ne vient pas.

Quelques-uns, plus malins, sont allés interviewer nos princes de la science qui, comme toujours, n'ont pas manqué de leur donner des renseignements absolument différents.

Pour le professeur Germain Sée, dont l'*Eclair* a recueilli les paroles, l'empereur est loin d'être aussi gravement atteint qu'on se plait à le dire, sur la foi de certaines dépêches pessimistes.

A part la fracture qu'il s'est faite à la jambe en tombant sur le pont du *Hohenzollern*, dit le docteur Sée, l'empereur ne souffre en ce moment que de son ancienne maladie, et cette maladie d'oreille ne saurait avoir pris subitement un caractère de gravité plus inquiétant qu'à l'ordinaire.

Ce que Guillaume II a, en réalité, c'est une carie du rocher, autrement dit une otite suppurée, et il n'est pas du tout démontré que cette inflammation de l'oreille soit le moins du monde de nature tuberculeuse; mais même le serait-elle qu'il n'y aurait point encore lieu de pronostiquer un dénouement fatal et prompt.

Son affection est extrêmement douloureuse, il est vrai, mais peu dangereuse. Il y a

matisme est capable en dehors de sa forme articulaire, qui ne peut apparaître que lorsque les articulations sont fatiguées.

On divise les rétrécissements pulmonaires en congénitaux et acquis. Il vaudrait mieux pouvoir spécifier les lésions compagnes. Dans les rétrécissements congénitaux, il y a les hâtifs et les tardifs, de même pour les rétrécissements acquis.

On dit le rétrécissement acquis quand, à l'autopsie, on ne trouve pas de communication interauriculaire. Quand a-t-il débuté? On répond moins clairement. Il est possible que le rétrécissement acquis ait débuté dans l'utérus. Dans plus d'un cas de rétrécissement jugé acquis, nous apercevons de singulières conformations des cavités droites. Dans l'observation de Cruveilhier offerte comme type, on note que la tricuspide a la forme de la mitrale. Dans les observations où le rhumatisme articulaire est mis en cause, les cavités gauches sont à peu près indemnes; il semble que les cavités droites aient une origine défectueuse, la lésion est presque congénitale. A quoi bon la division en congénital et acquis?

On nous affirme que le trou de Botal ne peut pas se fermer quand il a devant lui un rétrécissement pulmonaire. Or, le rétrécissement pulmonaire n'est pas étroit du premier coup. Nous ne connaissons pas la puissance de la valvule ovale; elle peut se défendre.

Puisque le rétrécissement pulmonaire acquis ne rouvre pas le trou de Botal à moitié fermé, le rétrécissement pulmonaire congénital peut ne pas maintenir le trou de Botal ouvert.

La division en congénital et acquis est brutale, autoritaire.

Deux médecins qui prennent une même observation varient dans l'exposé des antécédents, suivant le but qu'ils visent.

Ainsi, nous avons vu, en même temps que Solmon, en 1872, la femme qui fait le sujet de sa seconde observation.

D'après Solmon, cette femme n'a jamais été malade que pendant le siège de Paris, elle a eu des douleurs dans l'épaule et le bras droits à la suite des privations et du froid; les douleurs se sont calmées au bout de quelques

---

bien longtemps déjà que Guillaume II en est atteint, et il peut vivre avec elle de longues années encore.

... Bref, j'ai la conviction que la maladie dont il souffre n'a nulle gravité. »

A côté de cette consultation... à distance, il faut placer celle-ci, donnée par le professeur Peter :

« L'os du rocher, dit-il, est sourdement miné par la carie scrofuleuse, et un jour viendra, ce qui n'est peut-être pas très loin, où l'inflammation purulente gagnera les méninges.

Il n'y a encore que de la congestion de celles-ci : d'où les attaques. Mais la congestion n'est que le premier terme de la méningite, laquelle sera purulente, comme l'inflammation de l'oreille qui l'a engendrée. Et c'est la mort.

Du reste, un empereur dans son palais est souvent moins bien traité qu'un chiffonnier à l'hôpital. La responsabilité est alors si lourde qu'on hésite à la prendre seul et qu'on la partage à plusieurs : c'est de la responsabilité pulvérisée.

L'honneur est sauf, il n'y a que le malade qui ne le soit pas. »

Ceci me rappelle un autre mot, d'un chirurgien cette fois.

— Alors, docteur, si vous opérez avec des instruments malpropres?....

— C'est le malade qui est nettoyé.

Trop d'esprit! Mais revenons à notre mouton. Puisque les seules personnes qui ont vu le malade ont ordre de se taire, pourquoi vouloir qu'elles aient parlé, et pourquoi

semaines; puis, six semaines avant son entrée (25 avril 1872), elle a été prise de palpitations, toux, hémoptysie, amaigrissement et sueurs nocturnes.

Les signes cardiaques, jusqu'à six semaines avant l'entrée de la malade à l'hôpital, sont nuls, d'après Solmon.

Or, voici les notes que nous avons prises le 8 mai 1872 :

Étant enfant, elle n'a jamais pu jouer. Elle avait de la peine pour monter des escaliers. Elle n'était pas forte. Son grand-père, médecin, lui faisait prendre des bains de vin. Son père est mort d'une hydropisie de poitrine avec anasarque. Sa mère, âgée de 51 ans, est anémique et nerveuse. Sa grand'mère est morte d'une maladie de cœur à 68 ans. Elle est à Paris depuis l'âge de 5 ans. A 16 ans, elle a sa première époque unique; les règles reparaissent à 18 ans et ne sont jamais normales. A 21 ans, elle a la variole. A 23 ans, elle a une fille qui meurt à 2 ans. A 24 ans, elle fait une fausse couche de six mois. A cette époque, elle ressent une douleur vive au niveau des espaces supérieurs gauches; elle ne tousse pas; les règles sont supprimées pendant dix mois. La douleur disparaît au bout d'un mois et reparaît un an plus tard, moins vive, mais se prolongeant dans le bras gauche; elle ne dure que trois semaines. A 26 ans, deuxième fausse couche de trois mois. La santé semble rétablie jusqu'il y a deux mois. Jamais elle n'a été cyanosée. Elle a 27 ans. Nous ne savons pas combien de temps encore a vécu la malade.

Nous remontons plus loin que Solmon dans l'organisation de ce rétrécissement acquis.

Dans sa première observation (Chevrier, 31 ans, homme de peine), Solmon dit : « A quelle époque faire remonter le rétrécissement? A quelle cause l'attribuer? »

En effet, c'est un homme de 31 ans, robuste, alcoolique, qui a toujours été, dit-il, bien portant. Six jours avant son entrée, portant un pesant fardeau, il fut pris, au côté gauche de la poitrine, d'une douleur vive et subite

---

bavarder pour ne rien dire. Journalistes, mes frères, croyez-moi, cherchez autre chose, en attendant que S. M. Guillaume II ait délié la langue de ses médecins.

Dernière nouvelle. — L'empereur n'est nullement malade. Pendant qu'on le croit dans son lit, il est tout tranquillement à Portsmouth, déguisé en simple matelot anglais, pour assister à la visite de la flotte française qu'il meurt d'envie de voir. C'est le truc le plus naturel qu'il ait pu employer, et avouez qu'il n'a pas mal choisi.

*
* *

L'histoire du monsieur qui reçoit un soufflet pour un autre n'est pas précisément nouvelle, mais elle est toujours drôle, hormis pour l'intéressé, bien entendu. Comme dans l'espèce l'intéressé est un de nos confrères, nous profitons de la circonstance pour insérer l'anecdote dans nos colonnes.

Ici, elle s'agrémente d'une petite rivalité en matière de décoration qui a bien aussi sa saveur, quoiqu'il ne s'agisse que du Mérite agricole, l'ordre du poireau, comme vous savez.

Hé! hé! il fait encore bien des envieux, ce poireau! Bon nombre de « grosses légumes » se le disputent; et le plus triste, c'est qu'à chaque promotion quantité de candidats, qui aspiraient au poireau, se trouvent carottés!

Mais, M. Samson, nourrisseur de profession et accidentellement secrétaire d'une société agricole dite l'*Hygiène*, avait obtenu la décoration chère à M. Méline. Ses confrères en

avec dyspnée et hémoptysie abondante (en somme, une embolie). On constate tous les signes d'un rétrécissement pulmonaire qui date de loin.

Nous ne sommes pas toujours renseignés sur le début du mal; les antécédents ne sont pas toujours corrects. Plus d'une fois, des individus ayant une lésion congénitale sont notés ayant une bonne santé.

Nous tenons à ne pas séparer par un fossé infranchissable les rétrécissements congénitaux et les acquis, parce que le rhumatisme n'est signalé que dans ces derniers et que nous cherchons un passage entre les deux états comme dans les observations suivantes, auxquelles il nous serait facile d'en joindre d'autres, mais sans autopsie.

Courtois, homme de 19 ans. A 13 ans, rhumatisme articulaire aigu, deux mois d'alitement. Deux autres attaques. Communication interventriculaire. Absence de l'artère pulmonaire; quatre artères bronchiques volumineuses. — Le rhumatisme est évident. On peut admettre que la lésion, évidemment congénitale, est de nature rhumatismale. (Lenoir.)

Observ. due à Alvarenga (résumée). — Rétrécissement de l'orifice pulmonaire. Communication interauriculaire et interventriculaire. Persistance du canal artériel. Cyanose, Rhumatisme articulaire aigu.

R..., âgé de 16 ans (1864). A 12 ans, à la suite d'une chute dans l'eau, rhumatisme polyarticulaire fébrile. A l'autopsie, pas de lésions à gauche. Tout reste à droite. Deux des lames de la tricuspide sont en partie soudées et forment un corps dur et fibreux; sur le bord libre de la valvule, granulations en chou-fleur.

Ne peut-on pas admettre encore ici la malformation rhumatismale du cœur?

Chez les acquis, le rhumatisme est invoqué, du reste, avec discrétion.

Peacock et Friedreich, qui acceptent l'endocardite comme cause générale des malformations du cœur, ne parlent pas du rhumatisme pas plus dans les rétrécissements acquis que dans les congénitaux.

C. Paul attribue à un rhumatisme articulaire aigu le rétrécissement pulmonaire de son malade. Nous ne contestons pas la nature rhumatismale

---

conçurent une telle jalousie qu'ils lui firent une situation impossible. M. Samson, alors, les quitta et fonda une autre société.

Il fut remplacé comme secrétaire par M. Pourchez, également nourrisseur.

Or, un jour, au Trocadéro, pendant que ses anciens confrères tenaient une séance solennelle pour la distribution des récompenses décernées par la Société « l'Hygiène », des sifflets partirent d'une tribune, après le discours du président. M. Pourchez leva les yeux et aperçut dans une loge M. Samson!...

Persuadé que les sifflets venaient de sa tribune, il interpella son ancien collègue. Celui-ci affirma que l'interruption n'était pas de son fait. Une discussion s'ensuivit. M. Samson quitta sa place pour venir s'expliquer avec M. Pourchez, et, comme un docteur avait cru utile d'intervenir, il arriva juste au moment où il y avait des gifles dans l'air. Notre confrère reçut ainsi celle que M. Pourchez destinait à M. Samson.

Erreur n'a jamais été compte, pas même lorsque les comptes se règlent avec des soufflets.

Aussi, l'infortuné docteur a-t-il choisi, comme arbitres de la querelle, les juges de la onzième chambre, qui ont infligé à M. Pourchez cent francs d'amende et deux cents francs de dommages-intérêts.

***

A propos d'hygiène, les amateurs de café, — et ils sont diablement nombreux, depuis

de ce rétrécissement, mais nous sommes moins positif que lui sur le début.

Le malade était d'une santé satisfaisante avant comme après son rhumatisme articulaire; il est resté dix ans, après cette attaque, sans manifestations cardiaques. Il n'est pas certain que la lésion date du rhumatisme articulaire aigu, quoique probablement rhumatismale.

Solmon dit que l'endocardite du côté droit vient compliquer les maladies générales ou constitutionnelles, le rhumatisme articulaire aigu en particulier. (*Du rétrécissement pulmonaire acquis,* 1872.)

Duguet et Landouzy (*Note sur un cas de rétrécissement acquis de l'artère pulmonaire chez un malade mort de tuberculose généralisée,* 1878) concluent : « Ce cas reconnaît pour point de départ une endocardite rhumatismale spécialement localisée au cœur droit. »

On compte les cas où le rétrécissement pulmonaire acquis ou congénital a été attribué au rhumatisme.

Il n'est pas admissible que le rhumatisme, qui aime les valvules, respecte les sigmoïdes pulmonaires, qui, chez le fœtus, ont la prépondérance sur les sigmoïdes aortiques.

Peut-être exige-t-on des lésions trop accentuées. Quand on parle de rétrécissement pulmonaire congénital ou acquis, on montre toujours des rétrécissements étroits, des valvules désorganisées. On en demande moins aux sigmoïdes aortiques pour déclarer l'orifice rétréci.

Les lésions rhumatismales de l'artère pulmonaire ne sont pas rares chez l'enfant; on entend au niveau de l'artère pulmonaire un souffle râpeux qui peut dépendre de l'orifice ou du tronc de l'artère, ou même de l'anémie qui parfois nous suscite de graves difficultés.

Le rhumatisme n'est pas seul à perforer, rétrécir et troubler le cœur et les vaisseaux; mais il est souvent en action chez le fœtus d'un mois, comme chez le fœtus de huit mois, après la naissance, chez l'enfant, chez l'adulte et plus tard.

Voltaire, même parmi le corps médical, — me sauront gré de leur mettre sous les yeux certains passages d'un jugement récent du tribunal correctionnel de Lille.

Des agents se présentant chez un M. T..., marchand de denrées alimentaires, y avaient saisi une certaine quantité de faux café en grains. Ce produit provenait d'une usine installée, pour cette fabrication spéciale, à Lille, par un nommé De... Celui-ci, renvoyé en correctionnelle sous la prévention de falsification et mise en vente de denrées alimentaires falsifiées, a été condamné à quinze jours de prison, 50 francs d'amende et aux dépens.

« Attendu, dit le jugement, qu'il résulte de l'instruction et des débats, qu'en 1891, à Lille, dans une usine organisée à cet effet et à l'aide d'un matériel à ce destiné, De... s'est livré à la fabrication d'un produit obtenu par les opérations suivantes : composition d'une pâte par un mélange de 40 p. 100 de chicorée en poudre, 59 p. 100 de farine, 1 p. 100 de sous-carbonate de fer; réduction de cette pâte en galettes solides; transformation au moyen de moules appropriés de ces galettes en grains ayant la forme et présentant la rainure caractéristique du grain de café; enrobage de ces grains dans une solution alcoolique de gomme laque leur donnant le luisant du grain de café torréfié;

« Attendu que les grains ainsi préparés, s'ils différaient de poids avec de véritables grains de café, en offraient cependant l'exacte ressemblance par leur coloration, leur forme, leur aspect extérieur; que, lorsqu'ils étaient mélangés avec du café, leur similitude était suffisante pour que, ainsi que le constate l'expert commis, la fraude ne pût être décelée que par un examen minutieux; que De..., en fabriquant ainsi des grains de

Deuxième Congrès de médecine mentale tenu à Lyon (1).

Du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale, tel est le sujet que M. le docteur Rousset a eu à traiter dans un rapport très étudié qui est un des meilleurs travaux lus au Congrès.

L'étiologie de la paralysie générale est aujourd'hui encore très obscure. Cela tient à ce que, la plupart du temps, les renseignements fournis par les familles sur les antécédents héréditaires et personnels des paralytiques sont vagues, incertains, contradictoires et, par cela même, ne sont pas rigoureusement exacts. Dans la clinique ordinaire, les malades lucides, ayant conservé la mémoire, fournissent eux-mêmes les indications nécessaires, mais combien souvent on est induit en erreur!

A l'asile, aucune lumière n'est à espérer du paralytique. Il est bien difficile de savoir au juste le degré d'alcoolisme du malade.

De plus, il est certain que, chez la plupart de nos malades, d'autres causes concourent, en même temps que l'alcool, au développement de la paralysie générale. La prédisposition héréditaire nous est souvent cachée par les familles, qui s'empressent de mettre sur le compte des seuls excès alcooliques ce qui devrait plutôt être attribué à une tare cérébrale.

Ceci montre que, dans cette question du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale, il y a beaucoup de fausses interprétations et de nombreuses causes d'erreur difficiles à éviter, et nous sommes obligés de dire aujourd'hui encore, avec Lasègue : « L'élément alcoolique, dans la paralysie générale, il est encore plus facile de le reconnaître que de déterminer la part qu'il convient de lui faire. »

Après avoir fait l'historique de la question, M. Rousset ramène à quatre principales les diverses opinions émises :

1° Quelques cliniciens, les moins nombreux, ne reconnaissent pas de différence fondamentale entre l'alcoolisme chronique et la paralysie générale, et croient que la méningo-encéphalite est le plus souvent due aux excès alcooliques;

2° D'autres refusent à l'alcoolisme le droit de produire de toutes pièces la paralysie générale et pensent que ce que l'on appelle la paralysie générale alcoolique n'est, au fond, qu'un état cérébral particulier qu'ils appellent pseudo-paralysie générale alcoolique, em-

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

café qui n'avaient aucune des qualités de cette substance, a donc falsifié une denrée alimentaire... »

Etc., etc.

Le même jugement condamne T... à huit jours de prison et 50 francs d'amende, et ordonne la confiscation des marchandises saisies.

Avis aux détaillants... et aux consommateurs.

***

Je n'en ai pas fini avec l'hygiène, car il faut que je vous dise encore quelques mots du Congrès internationnal d'hygiène, qui vient de se tenir à Londres.

Ce Congrès a, dans sa dernière séance, choisi Budapest comme siège du prochain Congrès. Il a décidé en même temps que, parmi les questions qui seraient traitées à cette époque, se trouverait celle de la pente de l'écriture, qui a une importance toute particulière.

Nos congressistes ont, en effet, découvert que la pente de l'écriture anglaise engendre la mélancolie.

Le voilà donc enfin résolu, ce fameux problème.

On croyait jadis que le spleen était engendré par une maladie de la rate : erreur; on insinua plus tard que les brouillards de la Tamise pouvaient avoir une influence néfaste sur certains cerveaux : on se trompait. La vérité, c'est que les Anglais écrivent en « anglaise », là est le mal. Si lord Byron avait eu une de ces bonnes écritures bâtardes

pruntant le masque de la méningo-encéphalite, mais s'en séparant assez par la marche, la gravité et même les lésions anatomiques, pour mériter de ne pas être confondu plus longtemps avec cette affection;

3° D'autres établissent une distinction très nette entre l'alcoolisme chronique et la paralysie générale; ils admettent une paralysie générale de nature alcoolique, pouvant être quelquefois l'aboutissant de l'alcoolisme chronique;

4° Les derniers, faisant preuve de plus de circonspection et d'éclectisme, considèrent l'alcoolisme comme une cause purement occasionnelle, agissant presque toujours sur un terrain prédisposé antérieurement.

Il y a, dans la période prodromique de la paralysie générale, un état d'hyperactivité cérébrale qui pousse les malades à tous les excès et plus particulièrement aux excès alcooliques. Il y a là un point important sur lequel le clinicien sera rarement éclairé, car l'entourage prendra les excès pour un effet et non une cause. Cette dipsomanie d'origine paralytique peut durer plusieurs mois.

Il y a des cas où l'obscurité est complète, où le diagnostic doit être suspendu dans l'attente de phénomènes ultérieurs. Par exemple, un malade est admis dans un asile sans renseignements, présentant des troubles somatiques communs au délire alcoolique et à la période d'excitation maniaque de la paralysie générale; à cela viennent s'ajouter des idées de grandeur et de satisfaction, ainsi que des hallucinations vagues de la vue. Est-ce un paralytique général au début? Est-ce un alcoolisant vulgaire?

L'alcoolisme est-il un facteur étiologique de la paralysie générale? Est-il un facteur prépondérant? On pourrait presque le croire si on lit les derniers travaux sur la question. Aux Congrès de Paris et de Rouen. MM. Garnier et Dubuisson lui ont accordé la plus grande importance.

Cependant MM. Ball, Régis, qui combattent vivement l'influence de l'alcool comme facteur étiologique de la paralysie générale, établissant leurs assertions de la façon suivante : S'il est vrai, disent-ils, que l'alcool est une cause de paralysie générale on ne peut plus puissante, il semble que l'on doive s'attendre à voir atteints de cette affection de préférence les pays les plus affligés par le mal alcool. Or, suivant M. Ball, les contrées où l'on boit le plus (Suède, Danemark, Ecosse, Irlande) sont les moins atteintes par la paralysie générale. M. Isaac Ashe, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Londonderry, constate que la folie paralytique est fort rare dans son pays. Elle est totalement inconnue à Belfast, ville de 200,000 habitants, et où il se consomme énormément d'alcool.

Le directeur de l'asile de Dublin affirmait à M. Ball ne connaître la paralysie générale

---

si en honneur en France au temps jadis, nul doute qu'il n'eût créé un Child-Harold rigolard et bon enfant.

D'autre part, que de suicides auraient pu être évités si l'écriture avait été réformée plus tôt! Mais enfin la lumière est faite aujourd'hui et grâce à la science, à qui rien n'échappe, les Anglais deviendront, peut-être d'ici quelques années, un peuple gai et spirituel, ennemi de toute mélancolie.

Ce sera vraiment miraculeux.

*
* *

Pendant qu'ils étaient à Londres, les membres du Congrès sont certainement allés à l'Aquarium. Ils ont pu y voir notre compatriote M. Jacques, dont il a été déjà question ici même l'année dernière, comme rival de Succi. Il a mené à cette époque, au même endroit, et à bonne fin, un jeûne de quarante jours, c'est-à-dire plus long que celui de Succi. Cette fois, il a voulu se surpasser lui-même, n'ayant plus de rival à vaincre. Il a commencé à l'Aquarium un nouveau jeûne qu'il prolongera pendant cinquante fois vingt-quatre heures. Il en était déjà au quatorzième jour au moment du Congrès.

C'est fort bien, pourvu que le rude jeûneur ne fasse pas comme ce pauvre cheval que son propriétaire voulait accoutumer à vivre sans manger, mais qui malheureusement mourut au moment où il commençait à s'y habituer.

Quel original que ce Français; aller dans un pays où l'on mange si bien, tout exprès pour s'exercer à jeûner! Et l'on dit chez nous que les Anglais sont excentriques!

SIMPLISSIME.

que par la description des auteurs, n'en ayant vu que 4 à 5 cas dans sa longue carrière; et pourtant l'Irlande est un pays éminemment alcoolique. Une note sur le service des aliénés en Norvège, en 1879, constate que la méningo-encéphalite est extrêmement rare dans ce pays. Ce fait, ajoute-t-on, est d'autant plus digne de remarque que les excès alcooliques sont une des plaies sociales de la Norvège. N'est-ce pas d'ailleurs dans un pays scandinave voisin, la Suède que Magnus Huss a recueilli les éléments de son ouvrage sur l'alcoolisme chronique?

Ce sont là évidemment des faits incontestables. Mais d'autre part n'est-il pas vrai de dire que les populations du Midi (Italie, Grèce, Espagne), en général sobres, nous donnent aussi peu de paralytiques généraux?

Au-dessus de la question de territoire et de pays, il y a l'influence du milieu, l'influence des excitations extérieures qui sont des éléments puissants d'excitations intellectuelles. Les ivrognes pensifs et torpides du Nord diffèrent complètement des ivrognes des climats tempérés qui procèdent par accès et chez lesquels des excitations diverses, des dépravations intellectuelles compliquent l'intoxication alcoolique.

Si on consulte le rapport de M. Claude (des Vosges), on voit que les médecins en chef des asiles des départements ont des opinions tout à fait différentes relativement au rôle de l'alcoolisme dans la paralysie générale.

Les buveurs non prédisposés résistent, au point de vue cérébral, merveilleusement à l'alcool; ils ne sont frappés de folie alcoolique que lentement, et après avoir parcouru tous les degrés de l'ivrognerie. Ce sont ordinairement des candidats à l'artério-sclérose qui frappe un ou plusieurs organes, effleure les autres, suivant le *locus minoris resistentiæ*, mais ils ne fabriquent que très rarement la paralysie générale.

Les effets de l'alcool sont bien différents quand on a affaire à des prédisposés. Ce sont là des malades à système nerveux plus impressionnable, chez lesquels les antécédents héréditaires expliquent ordinairement l'action plus puissante et plus durable de l'agent toxique. Lasègue les a divisés en deux grandes catégories : les vésaniques et les cérébraux.

Les premiers conservent, après l'accès, des idées délirantes systématisées que l'on voit persister quelquefois très longtemps après la cessation des phénomènes physiques.

Les cérébraux, têtes faibles, comme les appelle M. le professeur Ball, résistent peu à l'influence de l'alcool. Ils sont porteurs d'une prédisposition cérébrale innée (lésion encéphalique, malformation du crâne, etc.) ou acquise (convulsions dans l'enfance, fièvre typhoïde, insolation, frayeur, émotion violente, etc.); pour eux, le moindre écart devient un excès et l'alcoolisme leur donne un brevet de paralysie générale. C'est principalement dans cette classe d'individus, porteurs d'une tare, que les cliniciens ont observé le plus souvent ces formes frustes de la méningo-encéphalite qu'ils ont appelées : les pseudo-paralysies générales.

En résumé, en dehors des cas peu nombreux où l'alcoolique chronique non prédisposé aboutit de chute en chute à la méningo-encéphalite, l'alcoolisme n'est guère susceptible de fabriquer la paralysie générale que sur des terrains vésaniques, cérébraux, arthritiques, etc.

En thèse générale, il existe trois éléments primordiaux dans la genèse de toute méningo-encéphalite; l'un constant, les deux autres variables. L'élément constant, c'est la participation des vaisseaux cérébraux et des cellules cérébrales à la production du processus morbide; les éléments variables sont les origines de ce processus et la valeur cérébrale individuelle des sujets. Pour produire une paralysie générale une cause unique ne suffit pas; il faut un concours, une combinaison d'influences.

La principale conclusion de M. Rousset est que, « dans l'immense majorité des cas, le rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale est subordonné à ce quelque chose d'indéterminé, d'inconnu souvent, et d'insaisissable quelquefois, que l'on rencontre à propos de toutes les maladies et qui nous paraît être une condition nécessaire au développement de la méningo-encéphalite : c'est la prédisposition, qui peut être, suivant les sujets, cérébrale et arthritique, vésanique et nerveuse, ou alcoolique. Dans certains cas, qui ne sont pas très communs, l'alcoolisme chronique, en dehors de toute prédisposition, déterminant à la longue le processus de la prolifération conjonctive et la sclérose cérébrale, peut aboutir à la paralysie générale. »

Pour M. Magnan, il est certain que l'alcoolique peut devenir paralytique général ; mais souvent on observe chez les alcooliques des troubles moteurs et psychiques qui se rapprochent de ceux que présente le paralytique vrai, mais dont il faut les distinguer.

M. Combemalle a déterminé chez le chien par l'intoxication alcoolique chronique des poussées délirantes, dans lesquelles dominent les idées de peur. A ces symptômes s'ajoutent bientôt de l'affaiblissement intellectuel et des troubles musculaires d'ordre à la fois ataxique et paralytique; ils ont leur maximum au début dans l'arrière-train et se généralisent rapidement comme la paralysie générale. A l'autopsie, on trouve de l'inflammation diffuse méningo-encéphalique et des dilatations vasculaires.

De ses statistiques recueillies à l'asile privé de Castel-d'Andorte, M. Régis conclut que, dans la classe moyenne et élevée de la Gironde, les cas d'alcoolisme et de paralysie générale sont en proportion absolument inverse. Sur les 164 paralytiques généraux admis à l'asile pendant les vingt dernières années, il n'a existé que 6 alcooliques avérés. La symptomatologie de la maladie, chez ces 6 individus, a été celle que l'on a attribuée à la paralysie générale d'origine alcoolique ; ce qui a dominé chez eux, c'est une tendance constante à la rémission et même à la guérison. En revanche, la presque totalité des paralytiques généraux que M. Régis a observés depuis quatre ans étaient d'anciens syphilitiques.

D'après des document recueillis par M. Marie, la paralysie générale et l'alcoolisme dépendent d'une prédisposition héréditaire commune, mais n'ont pas de rapports précis l'un avec l'autre. La syphilis est très fréquente.

L'intoxication alcoolique pourrait produire tout le complexus symptomatique de la paralysie générale sans qu'il y ait la lésion caractéristique, la sclérose interstitielle diffuse, telle est du moins l'opinion de M. Charpentier qui a trouvé en cinq ans, 83 alcooliques avérés sur 135 cas de paralysie générale ; il y aurait donc une paralysie générale alcoolique.

C'est aussi l'idée de M. Mairet, pour lequel l'alcool peut donner lieu à des lésions diffuses du système nerveux central, lésions qui entraînent une paralysie générale distincte de la paralysie générale ordinaire.

M. Joffroy ne croit pas que l'alcool puisse créer la paralysie générale sans disposition héréditaire ou acquise. Dans la paralysie générale alcoolique de M. Mairet, il ne voit que l'association de l'alcoolisme et de la paralysie générale. De plus, M. Joffroy soutient que la lésion caractéristique de la paralysie générale n'est pas interstitielle, mais parenchymateuse et que l'altération des cellules de la couche corticale est caractéristique de la maladie. L'alcool pourra agir de deux façons. Chez les malades non prédisposés, il atteindra les vaisseaux, les méninges et produira de l'encéphalite interstitielle; il s'agira alors d'un alcoolique pur se rapprochant incomplètement des paralytiques généraux ; les cellules cérébrales restent longtemps indemnes et leur mauvais fonctionnement s'explique surtout par leur mauvaise nutrition. Chez les alcooliques prédisposés à la paralysie générale, il se fait à la fois de la sclérose interstitielle et des altérations cellulaires; l'alcool a éveillé la prédisposition.

M. Pierret admettrait aussi volontiers qu'au début de la paralysie générale il y a des altérations cellulaires. Cette maladie peut exister sans qu'il y ait encéphalite interstitielle. Dans la vieillesse, il y a une sclérose interstitielle généralisée et, cependant, il est très rare que l'on observe dans ce cas des symptômes rappelant ceux de la paralysie générale.

Ainsi que M. Magnan, M. Ballet regarde au contraire les lésions cellulaires de la paralysie générale comme des lésions banales; il les a toujours vu coïncider avec une sclérose interstielle.

En fait, ainsi que l'a dit un des orateurs, la discussion n'a pas fait avancer la question des rapports de l'alcoolisme et de la paralysie générale. Les différents aliénistes varient d'opinion selon les milieux où ils observent. Ce qui paraît certain, c'est que l'intoxication alcoolique peut déterminer des accidents qui se rapprochent beaucoup de l'appa-

rence symptomatique de la paralysie générale; pour ces malades, on pourrait conserver le mot de pseudo-paralysie générale, qui doit être (Ballet) un avertissement pour le clinicien qui sait ainsi qu'avant de porter un diagnostic, il doit rechercher attentivement si le malade qu'il a devant lui n'est pas simplement un alcoolique, un syphilitique ou un saturnin.

D'autre part, tandis que la plupart des médecins admettent toujours que la sclérose interstitielle diffuse est la principale lésion de la paralysie générale, on a vu que d'autres tendent à mettre au premier rang les altérations cellulaires. Il y a là un point important d'anatomie pathologique, mais on doit dire que les partisans des lésions cellulaires n'ont pas encore pu montrer de préparations convaincantes. Actuellement, l'ancienne opinion peut toujours être regardée comme vraie.

IV.

M. Mairet a fait d'intéressantes recherches sur *la température dans l'épilepsie*. Ordinairement l'attaque abaisse la température pendant la période de stertor; au réveil, la température se relève, elle atteint, puis dépasse la normale et lui reste supérieure de quelques dizièmes pendant plusieurs heures consécutives. Lorsque le stertor est agité, la température est élevée pendant cette période et se maintient élevée pendant plusieurs jours consécutifs. Lorsque la période de stertor est suivie d'un sommeil calme et prolongé d'une heure et plus, la réaction consécutive à l'attaque ne ramène pas la température à la normale et, dans ce cas, la température moyenne du jour de l'attaque est inférieure à la température normale.

De quelques nouvelles médications.

Contribution a l'action de l'ichthyol (*Nouveaux remèdes*, 1891).

Dans un cas de pleurésie avec pleurodynie intense rebelle à tout traitement, un correspondandant anonyme du *Correspondenzblatt für schweizer Ærzte*, s'est trouvé bien de l'emploi de la vaseline ichthyolée à 20 p. 100 : la douleur diminua dès le premier badigeonnage et disparut complètement après quarante-huit heures. Il a aussi obtenu de bons résultats dans le traitement d'une contusion de l'articulation de l'épaule. Il est vrai que le badigeonnage à l'ichthyol était associé au massage de l'articulation. A l'intérieur (perle d'ichthyol à 1 centigramme) l'ichthyol fut prescrit dans un cas de furonculose (en même temps lavage au savon ichthyolé) et dans un cas de chlorose avec teint blafard de la face. Amélioration notable dans les deux cas (l'appétit augmenta dans le deuxième). Echec dans un cas de dyspepsie flatulente avec renvois fréquents. — P. N.

FORMULAIRE

Potion contre le choléra infantile. — Critzman.

Salicylate de bismuth....................	1 à 2 grammes.
Laudanum de Sydenham..................	I à V gouttes.
Rhum..	15 à 20 grammes.
Infusion de thé..............................	60 —
Sirop de framboises.......................	20 —

F. s. a. — Une cuillerée à café toutes les deux heures, dans le choléra infantile. — Pour obtenir l'antisepsie intestinale, lavements d'eau chaude, lavage de l'estomac, administration du calomel par prises de 5 milligrammes à 1 centigramme, une prise toutes les deux heures suivant l'âge de l'enfant. — N. G.

COURRIER

Concours. — L'ouverture du concours pour les prix à décerner, en 1891, à MM. les élèves internes de quatrième année (chirurgie et accouchements) en fonctions dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, aura lieu le jeudi 10 décembre, à quatre heures, à l'hôpital de la Charité.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au Secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

— Le Congrès des aliénistes a discuté les modifications à apporter à la loi de 1838. A l'unanimité, l'ordre du jour suivant a été voté :

« Les membres du Congrès des aliénistes de Lyon, considérant que la loi de 1838, appliquée journellement depuis cinquante ans, répond aux besoins des malades, et n'a donné lieu qu'à des abus très restreints comme nombre et très contestables comme faits, émettent le vœu que la loi de 1838, susceptible de quelques perfectionnements dans ses détails, soit maintenue dans ses dispositions générales. »

Statistique de l'Institut Pasteur. — Pendant le mois de juin 1891, 179 personnes ont été traitées à l'Institut Pasteur.

Sur ce nombre :

44 ont été mordues par des animaux dont la rage a été reconnue expérimentalement.

94 ont été mordues par des animaux reconnus enragés à l'examen vétérinaire.

41 ont été mordues par des animaux suspects de la rage.

Les animaux mordeurs ont été : chiens, 156 fois; chats, 21 fois; cheval, 2 fois.

— Le concours de l'externat pour les hôpitaux de Toulouse s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Campistron, Bise, Morelli, Prunet, Cazade, Dumont, Bories, Thévenin, Chabrié, Massey, Raynaud, Cathala, Carbonel, Ducrot, Bonnet, Soueix, Durand, Perramond, Bordier, Maraval, Lartigue et Rouen.

Ecole de médecine de Clermont. — M. le docteur Fredet, ancien professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, est nommé professeur de thérapeutique et d'hygiène.

Ecole de médecine de Nantes. — M. le docteur Hervouet, chargé d'un cours de clinique médicale, est nommé professeur de clinique médicale.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Ducung est nommé préparateur des cours et travaux pratiques de chimie.

Faculté de médecine de Lyon. — Sont institués, pour une période deux ans, chefs de clinique : MM. les docteurs Devic (clinique médicale); Orcel (clinique chirurgicale); Tellier (clinique obstétricale).

M. Sauvaître est nommé préparateur des cours et travaux pratiques de chimie.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Hôpital de la Charité. — M. le professeur POTAIN.

Rupture des tendons de la valvule mitrale.

Messieurs,

Vous avez tous pu voir un de nos malades, vieillard de 72 ans, qui était couché salle Bouillaud, n° 6. Ses antécédents n'offraient rien de particulier ; il n'avait jamais eu de maladie fébrile ni d'ictère, n'était pas syphilitique et, enfin, ne semblait que peu alcoolique.

Il y a un an et demi, après un hiver rude que sa profession de cordonnier l'obligea de passer dans une échoppe, notre malade s'aperçut que son ventre enflait et qu'il était gêné pour respirer. Bientôt apparut de l'œdème des membres inférieurs et il se décida alors à entrer à Laënnec. A ce moment, il n'avait pas de palpitations et digérait bien. Son état s'étant amélioré, il sortit de l'hôpital ; mais les accidents reparurent rapidement en s'aggravant. Il souffrit alors de palpitations, l'oppression devint très grande au moindre effort ; il lui devint impossible de se baisser et, enfin, il demanda à être admis dans notre service.

En l'examinant, nous découvrîmes facilement que notre malade avait une ascite considérable et que, bien que le foie dépassât le bord inférieur des fausses côtes, il était probable qu'il s'agissait là d'un abaissement mécanique et que nous nous trouvions en présence d'une cirrhose atrophique. Cette cirrhose n'étant pas suffisamment expliquée par l'alcoolisme très modéré du sujet, on chercha du côté du cœur pour voir si l'on ne trouverait pas quelque lésion pouvant avoir favorisé le développement d'une affection hépatique.

Le cœur était peu volumineux, mais il y avait un souffle au premier temps et à la pointe. Ce souffle, le lendemain du premier examen, avait disparu ; il reparut du reste bientôt, et lorsque j'auscultai le malade, je dus m'arrêter au diagnostic d'insuffisance mitrale. L'augmentation de volume du cœur, je vous l'ai déjà dit, était peu considérable. L'aire de la matité était de 123 centim. carrés, tandis qu'à l'état normal, elle est de 87 à 90 centim. carrés.

La situation du malade s'aggravant, on dut se décider à pratiquer la paracentèse abdominale. La première fois, la ponction évacua neuf litres de liquide et la deuxième fois douze litres. Après chaque évacuation, on put constater que le ventre ne renfermait pas de tumeur, que le foie était petit, mais que les dimensions de la rate atteignaient 16 centim. en hauteur.

En résumé, le malade présentait une atrophie hépatique, une tuméfaction de la rate et une insuffisance mitrale; la cause de cette dernière restant inconnue.

Bientôt le patient s'affaiblit beaucoup, il se développa du purpura et des plaques gangréneuses, et il finit par succomber.

A l'autopsie, on trouva une cirrhose atrophique; le foie était petit, dur et granuleux. Les voies biliaires renfermaient deux calculs, ovoïdes et sans facettes, de volume moyen. L'un de ces calculs était dans la vésicule et l'autre dans une des branches du canal cystique. Ils sont composés surtout de cholestérine et ne renferment que peu de matière colorante. Malgré la présence de ces calculs, le malade n'avait pas eu d'ictère pendant la vie. Il est évident que cet ictère peut manquer lorsque les calculs laissent un passage suffisant à la bile et que, dans les mêmes conditions, il est parfois transitoire. Mais l'absence de l'ictère peut encore tenir à l'acholie et cela semble s'être présenté dans le cas dont nous nous occupons. Donc, quand on cherche à établir la cause d'un ictère, il faut non seulement tenir compte de l'existence possible d'un obstacle, mais encore de la possibilité de la décoloration de la bile ou de la diminution de sa quantité. Inversement, la sécrétion d'une grande quantité de bile peut donner naissance à l'ictère sans qu'il y ait d'obstacle.

Pendant la vie du malade, j'avais été très intrigué par l'auscultation du cœur. En effet, le souffle, ainsi que je vous l'ai dit, disparaissait et reparaissait d'une manière intermittente. Normalement, un souffle peut disparaître dans l'asystolie et dans l'insuffisance tricuspidienne lorsque la lésion s'exagère. Mais notre malade n'était pas en asystolie et on ne pouvait songer chez lui à une lésion de la tricuspide. S'agissait-il d'un souffle inorganique ? Le souffle organique de la pointe est systolique, net et son maximum occupe exactement la pointe; le souffle inorganique a son maximum à 1 centim., 1 centim. 1/4, 2, 3 centim. en dehors d'elle. Quelquefois, le souffle inorganique a une grande intensité, se diffuse, s'entend dans une grande étendue, mais toujours le maximum est en dehors de la pointe. Le siège de la plus grande intensité du bruit a donc une importance très grande puisqu'il permet de décider si l'on se trouve en présence d'une affection organique du cœur, ou bien s'il ne s'agit que d'un trouble fonctionnel. Dans un grand nombre de cas, on peut ne pas se baser exclusivement sur les caractères des bruits anormaux. Cependant, il y a des circonstances où une lésion qui n'entraîne pas de troubles fonctionnels ne se révèle que par ses signes objectifs; assez souvent, à son début, l'insuffisance mitrale n'a comme symptôme que son souffle spécial. Il faut donc, à ce moment, faire attentivement le diagnostic différentiel. Dans les autres régions du cœur, les souffles organiques et inorganiques ont des caractères multiples qui permettent de les distinguer. A la pointe, tous sont systoliques et exactement systoliques. Il est certain que les organiques sont relativement plus intenses, plus sibilants; que les inorganiques sont plus doux, plus graves; cependant, il peut arriver qu'un souffle inorganique soit d'une tonalité haute et ressemble à un jet de vapeur. Il peut prendre ce timbre spécial par suite de la résonnance de l'estomac ou de l'intestin. Il n'y a donc, comme signe distinctif, à la pointe, que le siège exact du maximum du bruit.

Chez notre malade, on observait des signes contradictoires. Le maximum était nettement à la pointe, ce qui devait faire admettre l'existence d'une

insuffisance mitrale et, d'autre part, le bruit morbide se montrait passager, transitoire, et rien dans les antécédents ne pouvait expliquer le développement de la lésion valvulaire. Un doute restait donc dans l'esprit, et il semblait que la constatation du siège du maximum avait perdu sa valeur absolue.

L'autopsie est venue nous montrer la raison de tous ces faits. Il y avait une insuffisance mitrale, mais elle était causée par la rupture d'un des tendons de la grande valve; tantôt le tendon, rompu près de son insertion, flottait dans le ventricule; tantôt il s'interposait entre les valves de la valvule, empêchait leur jonction exacte, et il y avait alors de l'insuffisance qui était intermittente. A l'épreuve de l'eau, nous avons trouvé d'abord la valvule suffisante, mais ensuite nous avons découvert qu'elle pouvait devenir insuffisante par le mécanisme que je vous ai indiqué.

Les ruptures tendineuses ou valvulaires sont des faits rares. Le diagnostic se fait quelquefois quand il y a rupture des tendons, pour ainsi dire sous l'oreille, lorsque l'on a des raisons de supposer que cette rupture peut avoir lieu. Si alors un bruit intense prend naissance, on songe à sa véritable cause; ici, rien ne nous indiquait la possibilité d'une rupture.

Sénac connaissait déjà les ruptures tendineuses; Laënnec, Corvisart, etc., en ont publié de nombreuses observations. Personnellement, j'en ai vu 3 cas. M. Barié a pu en réunir 35 cas portant sur les différentes valvules. Les ruptures tricuspidiennes sont les plus rares de toutes et il n'y en a que 3 observations. Cette valvule, en effet, est construite anatomiquement pour devenir insuffisante et cède dès que la pression devient trop forte.

La valvule mitrale est bien plus résistante. Les sigmoïdes aortiques sont moins difficiles à rompre. Cependant, M. Barié a trouvé dans ses observations 16 ruptures de part et d'autre.

Chez notre malade, il y a eu rupture d'un de ces tendons grêles qui se rendent aux valves. On s'étonne que ces ruptures ne soient pas plus fréquentes. C'est que les tendons résistent par leur nombre, forment un faisceau qui finit par être très difficile à briser. Il faut, expérimentalement, une pression de une atmosphère et demie pour amener la rupture. Pour les sigmoïdes aortiques, 19, 20, 25 cent. de mercure sont suffisants.

Le plus habituellement, il n'y a que un ou deux tendons qui se rompent, quelquefois ils cèdent tous ensemble, comme dans une observation de Williams. J'ai observé un cas où, dans le cours d'une endocardite ulcéreuse, cette rupture se produisit et entraîna la production d'un souffle qu'on entendait presque dans le dos.

Dans certains cas, il y a rupture des muscles papillaires eux-mêmes, des colonnes charnues.

La rupture peut succéder à un traumatisme; dans d'autres circonstances, elle succède à un effort ou, enfin, elle se fait spontanément.

Etant à Necker, j'ai pu observer un malade qui, en faisant de la gymnastique, avait fait une chute sur le thorax. Il se produisit un souffle au niveau de la pointe.

On a vu la rupture se faire au moment où le malade roulait un tonneau, montait un escalier trop vite. Personnellement, en montant un jour un escalier, j'ai senti, en arrivant en haut, une douleur rétro-sternale intense et je crus avoir une rupture; c'est que, lorsque l'on fait des ascensions, le cœur travaille beaucoup. C'est surtout quand on entretient une grande amplitude de la respiration, afin d'éviter l'essoufflement, que le cœur est laissé libre

de se distendre par le sang et que la pression intra-cardiaque devient plus grande.

La rupture s'accompagne souvent d'une douleur violente, de congestion pulmonaire, de cyanose, et peut entraîner une mort rapide.

Dans un cas d'Hanot, la lésion s'est faite spontanément, sans le moindre effort ni le moindre choc.

Comment se fait la rupture? Au premier abord, cela paraît simple et tout dépend de la résistance que le cœur trouve devant lui. Lorsqu'il y a un effort violent, subit et qu'une rupture se produit, on dit que les contractions exagérées des muscles respiratoires compriment les organes intra-thoraciques, que la pression s'élève alors dans l'aorte et fait obstacle au cœur. Ce raisonnement est faux. L'effort des muscles expirateurs presse sur l'ensemble des organes contenus et tout est soumis à une pression égale. La pression aortique s'élève, mais ce n'est pas suffisant pour expliquer la rupture, car la pression se fait sentir aussi à la face supérieure de la valvule mitrale; elle est plus grande du côté de l'oreillette et tout finit par s'équilibrer.

L'exagération de la pression dans l'aorte tient à d'autres circonstances, à l'action de tous les muscles. En se contractant tous ensemble, ils gênent la circulation dans le système artériel et la pression aortique s'élève considérablement. Lorsqu'il s'agit de mouvements répétés et énergiques, l'activité circulatoire se trouve exagérée, une masse de sang afflue au cœur, le distend et la rupture des parois, des tendons, peut se produire.

Le traumatisme agit en pressant brusquement le cœur. Quand le ventricule est en diastole, plein de sang, il a la forme sphérique. Dans ces conditions, il contient le plus de liquide possible. Si alors la forme se modifie, le liquide incompressible exerce une pression énergique et la lésion se produit. Si le traumatisme surprend l'aorte en diastole, la rupture a lieu au niveau des valvules aortiques.

Lorsqu'il y a rupture des tendons, la plupart du temps ils étaient déjà malades. Chez notre malade, l'aorte n'était pas athéromateuse, mais la valvule mitrale présentait de petites plaques blanchâtres et le tendon rompu était atteint par l'athérome à sa partie inférieure et présentait à ce niveau un noyau calcaire.

Dans le tracé recueilli du vivant du malade, il y avait une légère augmentation de l'axe de la matité. Cependant, à l'autopsie, le cœur n'était pas accru. Rosenbach a dit, à la suite d'expériences sur les animaux, que le cœur, dans l'insuffisance, augmentait pendant la diastole et revenait à ses dimensions normales au moment de la systole. L'augmentation de volume se produit parce qu'il trouve une résistance moindre. Mais la quantité de sang qu'il a refoulée revient pendant la diastole et s'ajoute à celle qui arrive de la périphérie. Il y a donc distension intermittente d'une façon habituelle, et il est très probable qu'elle peut conduire à la dilatation et à l'hypertrophie.

Congrès de la tuberculose.

QUESTIONS DIVERSES.

Étude expérimentale de la lymphe de Koch, par M. Arloing. — De cette étude, faite en commun avec MM. Courmont et Rodet, résultent les points suivants ;

1° L'action au point inoculé n'est pas toujours aussi inoffensive chez les animaux que chez l'homme (inflammation du tissu conjonctif);

2° L'effet toxique est très faible chez le cobaye, comme l'a dit M. Koch, mais ce n'est pas un privilège de cet animal; on observe surtout des néphrites;

3° La dose pyrétogène n'est pas en rapport avec le poids des animaux; proportionnellement, elle varie beaucoup d'une espèce à l'autre et même d'un animal à l'autre;

4° La valeur *diagnostique* de la tuberculine est minime, les animaux tuberculeux ne réagissant pas toujours et les non tuberculeux réagissant souvent;

5° La valeur *curative* n'est pas plus grande; dans aucun cas, la tuberculine n'a fait rétrocéder la tuberculose expérimentale;

6° M. Arloing n'a pas pu conférer l'immunité ni aux cobayes ni aux génisses.

Dans aucun de ces cas, la lymphe ne renfermait de bacilles.

A l'Ecole d'Alfort, une commission, nommée par la Société de médecine vétérinaire, a fait des expériences sur la valeur diagnostique de la lymphe de Koch chez les bovidés tuberculeux. Le rapporteur, M. le professeur Barrier, a conclu à l'utilité des injections de lymphe dans les cas de diagnostic douteux. La plupart des animaux tuberculeux ont présenté la réaction caractéristique, mais non ceux qui étaient indemnes.

Dans le Grand-Duché de Bade, des expériences ont été faites et l'on est arrivé à des résultats analogues, à savoir que la réaction ne manque jamais chez les animaux tuberculeux.

Tuberculine aviaire et tuberculine humaine. — M. Babès (de Bucarest) a fait l'étude comparative de certaines toxines produites par le bacille aviaire et par le bacille humain, reprenant à ce point de vue les études sur la tuberculine de Koch.

Les résultats donnés par les cultures et par les inoculations aux cobayes ont indiqué une grande analogie entre la tuberculine aviaire et la tuberculine d'origine humaine, mais il existe aussi entre elles des différences très grandes, de même qu'entre les deux microbes.

Les deux tuberculines agissent souvent d'une façon énergique sur les bovidés sains ou tuberculeux; on ne peut donc pas employer cette réaction pour le diagnostic de la tuberculose. Chez l'homme, au contraire, l'action de la tuberculine peut donner des renseignements sur l'existence d'une tuberculose, mais ce procédé n'est d'ailleurs pas inoffensif.

Le traitement de Koch pratiqué sur des malades atteints de tuberculose, mais avec des doses très faibles, a démontré l'action thermogène et la production d'une réaction locale. En comparant cette fièvre et la réaction locale avec celles qui sont produites chez les lépreux, on a constaté une différence essentielle chez ceux-ci : la réaction fébrile est ordinairement retardée de douze à vingt-quatre heures, et la réaction locale, quoique souvent extrêmement violente, se produit seulement plusieurs jours après la réaction fébrile.

En employant des doses plus faibles dans le traitement de la tuberculose humaine, on a pu éviter la fièvre, tandis que la réaction locale se produisait encore.

De ces essais se dégage ce fait que la réaction fébrile n'est pas strictement liée à l'action locale et à l'action sur le système nerveux produites par la tuberculine.

En poursuivant ces recherches, pour isoler les substances thermogènes de la substance spécifique phlogogène, il faut espérer qu'on arrivera à isoler des cultures de la tuberculose les substances nuisibles et d'autres substances thérapeutiques ou vaccinales.

Sur la virulence du liquide de l'hydrocèle dans le cas de tuberculose testiculaire. — M. Tuffier, s'appuyant sur ce fait que le liquide des épanchements séreux de nature tuberculeuse est virulent, a pensé à faire le diagnostic de l'hydrocèle par l'inoculation du liquide de la vaginale au cobaye, dans les cas où l'on est embarrassé par une hydrocèle qui masque la lésion du testicule. Le traitement dépend dans ces cas d'un diagnostic précis, que l'on peut faire facilement par l'inoculation dans le péritoine du cobaye, du liquide retiré par ponction. On peut ainsi décider si oui ou non la vaginale est parsemée de tubercules et opérer en connaissance de cause. L'examen bactériologique du liquide

est en général négatif, tandis que l'inoculation intra-péritonéale donne des résultats certains.

Sur la bile cystique dans la tuberculose. — MM. Hanot et Létienne communiquent une étude physique, micrographique et bactériologique de la bile chez les tuberculeux. Elle porte sur 21 cas, dont 14 ont été soumis à l'analyse bactériologique. La couleur, la consistance, la quantité, la densité, la réaction de la bile ont été relevées dans chaque observation. L'examen spectroscopique a montré, dans quelques cas, des bandes d'absorption qui se rapportent à l'oxyhémoglobine et à l'urobiline, et, dans un cas, un spectre spécial. L'analyse micrographique permit de reconnaître des cellules épithéliales et des cristallisations diverses; l'étude bactériologique, différents microbes, et, dans un seul cas, le bacille de Koch. La plupart de ces micro-organismes remontent de l'intestin dans la vésicule par le cholédoque.

Les lésions histologiques observées ont été la cirrhose au début, la cirrhose portale, la cirrhose biveineuse, l'hépatite graisseuse nodulaire et diffuse. Ces lésions n'ont aucune relation avec les microbes contenus dans la bile. Mais dans les foies correspondant aux biles qui ont donné lieu à des cultures, ils ont constaté la présence de nodules embryonnaires qui firent toujours défaut quand le foie examiné correspondait à une bile restée stérile.

Les auteurs ont, enfin, étudié l'action bactéricide de la bile humaine sur certaines espèces microbiennes : le bacillus coli et le staphylococcus aureus. Ils indiquent la technique suivie dans leurs expériences et concluent que la bile pure est un milieu où les espèces rencontrées peuvent vivre et prospérer. Pour eux, la bile ne jouit point des propriétés bactéricides qui lui sont généralement attribuées.

L'estomac des phthisiques, par M. Marfan. — La nécessité d'assurer une bonne nutrition, chez les tuberculeux, donne un grand intérêt à la connaissance des troubles gastriques de la phthisie. Il faut étudier successivement : 1° la dyspepsie commune des phthisiques; 2° les formes initiales de cette dyspepsie; 3° la gastrite terminale.

1° La dyspepsie commune est caractérisée par la diminution de l'appétit, par divers malaises gastriques qui suivent l'ingestion alimentaire, par des éructations et des régurgitations fétides ou acides, par la toux gastrique (c'est-à-dire celle qui suit le contact des aliments avec la muqueuse de l'estomac), par les vomissements qui succèdent à la toux gastrique. Ces deux derniers symptômes (toux gastrique et vomissements) sont sous la dépendance de l'irritabilité anormale du nerf vague, qui a sur son trajet deux organes qui souffrent, le poumon et l'estomac. Les autres troubles gastriques sont sous la dépendance d'un affaiblissement de la motricité stomacale (dilatation) et de la sécrétion du suc gastrique (hypopepsie avec ou sans fermentations putrides). Ces deux modifications, insuffisance motrice et insuffisance sécrétoire, ne sont pas l'effet d'une lésion stomacale; elles sont indépendantes de la fièvre. Il est probable que c'est l'empoisonnement par les toxines de la tuberculose qui trouble et affaiblit les fonctions stomacales et que la dyspepsie des phthisiques est une dyspepsie toxique.

2° Dans la plupart des cas, la dyspepsie commune s'établit d'emblée; elle se développe soit en même temps que les phénomènes qui annoncent la localisation pulmonaire, soit un peu après. Mais, dans d'autres cas, son apparition est précédée de troubles gastriques caractérisés cliniquement par une gastralgie plus ou moins vive et, chimiquement, par une hyperpepsie (hyperacidité de G. Sée); elle s'accompagne toujours de dilatation gastrique. Elle est d'ailleurs inconstante, ne dure pas très longtemps après les débuts des lésions pulmonaires, et fait place à l'hypopepsie.

3° A la dernière période de la maladie, lorsqu'il existe de grosses lésions cavitaires du poumon, on voit parfois les phthisiques dyspeptiques présenter, du côté des voies digestives, des phénomènes nouveaux qui indiquent le développement d'une gastrite : langue rouge vif, vernissée, dépouillée comme à la suite d'une scarlatine; anorexie profonde; diarrhée persistante. Cette gastrite est la conséquence de l'intoxication tuberculeuse à laquelle s'ajoutent peut-être l'action des toxi-infections si fréquentes à la dernière période de la maladie.

On ne peut fixer à l'avance ni le régime ni les remèdes qui conviennent à l'estomac

des phthisiques. Chaque malade a sa formule gastrique qui peut varier suivant la période du mal. C'est tantôt le traitement de l'hyperpepsie, tantôt celui de l'hypopepsie, tantôt celui de la dilatation de l'estomac, tantôt celui des fermentations putrides qu'il faut mettre en œuvre. La suralimentation n'est légitime que lorsque le suc gastrique n'est pas trop insuffisant.

La seule indication thérapeutique spéciale à la dyspepsie des phthisiques, c'est celle qui découle de la fréquence des vomissements; celle-ci nécessite l'emploi des anesthésiques de l'estomac, parmi lesquels l'auteur place la créosote en solution faible, le menthol et l'eau chloroformée.

Les anomalies et les atonies nutritives et fonctionnelles chez les tuberculeux. — M. Chiais (de Menton) pense que peu de tuberculeux ne diffèrent de l'homme en état de santé que par la présence des bacilles et des lésions nutritives qu'ils occasionnent. Il existe chez eux une physio-pathologie à part et qui tient au malade plus qu'à la maladie. La nutrition est toujours irrégulière; les malades sont très disparates entre eux et ne restent pas identiques à eux-mêmes d'un jour à l'autre. En général, l'excrétion de l'urée est toujours diminuée chez eux. L'acide phosphorique diminue presque toujours, sauf chez les tuberculeux en voie de guérison. Ces troubles sont peut-être, comme le pense M. Quinquaud, en rapport avec une diathèse de dénutrition primitive, indépendante du processus tuberculeux.

M. Chiais recommande comme traitement la créosote et l'hippurate de chaux.

Contagiosité de la tuberculose par les aliments des phthisiques. — M. Schoull ayant nourri des chats avec des aliments dont des phthisiques avaient mangé une certaine quantité, vit ces chats devenir tuberculeux. C'est qu'il existe dans la salive des phthisiques des bacilles de Koch qui, transmis aux aliments par les cuillers, fourchettes, les infectent. Si d'autres personnes, des enfants surtout, mangent les aliments « choisis » qu'on ne veut pas jeter pour ce motif, il est probable que ces personnes contractent la tuberculose à leur tour, comme les jeunes chats dont M. Schoull a fait l'autopsie.

Il y a donc lieu de détruire par le feu les aliments auxquels ont goûté les phthisiques, et de se bien garder de les faire manger par d'autres personnes, sous prétexte que les phthisiques y ont à peine touché.

Fièvre bacillaire prétuberculeuse à forme typhoïde. — Typho-bacillose. — M. Landouzy parle de faits de tuberculose bacillaire ne présentant en rien la physionomie clinique de la tuberculose vulgaire, pas plus de la phthisie chronique que de la tuberculose rapide ou aiguë classique. Les malades dont il s'agit ont l'aspect de véritables typhiques, de véritables dothiénentériques, chez lesquels il ne manque qu'un seul signe de la vraie dothiénentérie : la présence des taches rosées lenticulaires.

La plupart de ces malades étaient entrés à l'hôpital sur le diagnostic de fièvre typhoïde ; quand ils mouraient, on trouvait à l'autopsie non pas les lésions de cette maladie, mais la présence de granulations tuberculeuses jeunes. Ces malades ne meurent pas avec les lésions ordinaires de la phthisie ou de la granulie; ils succombent comme les varioleux dans la période prévariolique. C'est pourquoi M. Landouzy a donné à cette affection le nom de fièvre bacillaire pré-tuberculeuse à forme typhoïde. C'est une maladie infectieuse chez des malades en puissance de bacilles, maladie qui diffère essentiellement de la granulie.

C'est là une nouvelle note spéciale de la tuberculose; c'est une nouvelle typhisation, non pas éberthienne, mais par le bacille de Koch. C'est pourquoi M. Landouzy lui avait donné primitivement le nom de typho-bacillose. Il a recueilli 17 observations qui ne peuvent laisser aucun doute sur l'existence de cette nouvelle forme de la tuberculose.

Sur une complication générale, encore mal connue, de nature infectieuse, du lupus vulgaire. — M. V. Lespinne donne les résultats d'une étude qu'il a faite sur ce sujet dans le service du professeur Leloir, à Lille.

Cette complication se manifeste sous forme de phénomènes analogues à ceux qui suivent les inoculations de lymphe de Koch, et à ceux qui caractérisent l'état décrit par M. Landouzy sous le nom de typho-bacillose. Elle se produit dans le cours de l'évolution

du lupus, par suite de la résorption, au niveau de la l'ulcération lupique, de toxines microbiques. Les phénomènes sont ; ascension brusque de la température, état typhique, catarrhe des muqueuses, inflammation des séreuses. Ils peuvent simuler le début d'une dothiénentérie ou d'une granulie miliaire aiguë.

Sitôt l'élimination de ces produits infectieux effectuée, la température revient à la normale, les phénomènes catarrhaux disparaissent. S'il y a eu des lésions des séreuses avec lésions organiques consécutives, ces dernières peuvent persister, témoignant ainsi de ce qui s'est passé.

Rien ne prouve que ces accidents soient suivis de tuberculisations effectives des viscères dans tous les cas. On peut voir, en effet, dans les plus favorables, tous les symptômes s'amender peu à peu et disparaître complètement sans laisser aucune trace, et le malade guéri jouir dorénavant d'un état de santé parfaite.

Il peut se faire que, les complications complètement guéries, quelque lésion organique, produite par elles, persiste pour toujours.

Enfin cette complication, due uniquement peut-être au bacille de Koch, peut devenir le signal de la période d'invasion de tout l'organisme par un agent n'ayant fait jusque-là que des ravages à la peau, tuberculose générale faisant suite à une tuberculose locale.

Nature du lupus érythémateux. — MM. Hallopeau et Jeanselme ont étudié un cas qui peut contribuer à élucider la question encore controversée de la nature tuberculeuse de ce lupus.

Un homme atteint simultanément depuis son adolescence d'un lupus érythémateux typique et de tuberculose ganglionnaire a succombé à une tuberculose miliaire aiguë. Les résultats des recherches bacillaires et des inoculations, positifs pour les granulations miliaires et les adénopathies caséeuses, ont été complètement négatifs pour le tissu lupique; cent quatre-vingt-dix jours après les inoculations, 3 cobayes ont été trouvés indemnes.

Si ce fait était isolé, on ne pourrait en tirer aucune conclusion et les vraisemblances seraient même en faveur d'une simple coïncidence du lupus avec la tuberculose, car l'on a admis jusqu'ici que les produits tuberculeux sont constamment transmissibles par inoculation; mais en présence des relations étroites et presque constantes que la clinique permet d'établir entre la tuberculose et les différentes formes de lupus érythémateux, les conclusions doivent être différentes. Selon toute vraisemblance, le lupus érythémateux, ou tout au moins l'une de ses formes typiques, est un produit de l'infection tuberculeuse; s'il n'est pas inoculable, c'est parce que le contage y est très atténué. On ne doit plus, s'il en est ainsi, opposer aux faits cliniques les résultats négatifs des inoculations; le contage tuberculeux peut se modifier et évoluer dans l'organisme sous une forme non transmissible aux animaux; la victoire reste à la doctrine française si bien défendue par M. Ernest Besnier : le lupus érythémateux typique n'est qu'une manifestation de la tuberculose atténuée à un plus haut degré qu'elle ne l'est dans la tuberculose vulgaire.

De l'inoculation expérimentale du lupus vulgaire, par M. Leloir. — Cette inoculation, pour donner des résultats positifs, doit être faite, chez le cobaye, dans le péritoine, chez le lapin, dans la chambre antérieure de l'œil, et le fragment inoculé doit être volumineux. En opérant ainsi pour 200 sujets atteints de lupus, on a constaté que les animaux devenaient tuberculeux au bout de trois semaines en moyenne. Dans l'hypoderme, on n'obtient rien. Cette tuberculose est donc peu virulente.

M. Nocard a inoculé à des lapins la scrofulose du porc, qui est peu riche en bacilles, et il a obtenu également des résultats positifs. C'est donc là aussi une forme atténuée analogue au lupus scrofuleux de l'homme.

M. Arloing fait remarquer qu'il ne faut pas toujours considérer la virulence d'un tissu tuberculeux d'après la quantité des bacilles, mais aussi d'après leur qualité; il faut admettre que ceux-ci, comme tous les autres, ont une virulence qui s'atténue, et qui peut s'exalter par des passages successifs sur le cobaye ou le lapin.

M. Verneuil ajoute que les différences d'effets des inoculations des produits des tuber-

culeux peuvent être attribuées à la quantité des microbes et à l'intensité du poison. On ne peut invoquer toujours la quantité, puisque dans les abcès froids ou dans les fongosités articulaires, par exemple, il ne se trouve pour ainsi dire jamais de bacilles, et cependant tous les cobayes inoculés deviennent également tuberculeux, sans qu'on puisse établir aucune distinction entre les résultats d'inoculation de pus sans bacilles ou de pus avec bacilles.

M. Cornil fait observer que, même alors qu'il n'y a pas de bacilles, il peut y avoir des spores, invisibles au microscope, et qui donnent alors aux produits tuberculeux leur virulence.

Hybridité syphilo-tuberculeuse. — M. Leloir présente les photographies d'une malade tuberculeuse, atteinte de syphilis, et ayant au cou et à la joue des tumeurs cutanées, d'aspect lupique, examinées microscopiquement avant et après le traitement antisyphilitique. Ce traitement amena une modification considérable de l'état de ces lésions, qui prirent ensuite l'aspect du *lupus myxomateux*, après transformation scléreuse du tissu syphilitique. Les inoculations faites alors au cobaye produisirent de la tuberculose, ce qui avait été impossible au début.

Sur la tuberculose rétro-malléolaire. — M. Clado désigne sous ce nom une forme clinique de tuberculose qui débute par le tissu cellulaire rétro-malléolaire ou par les points osseux qui limitent l'espace rétro-malléolaire. Les gaines tendineuses et les articulations voisines restent indemnes, ainsi que le prouvent les considérations cliniques sur lesquelles l'orateur s'appuie.

Tuberculose hémi-latérale. — M. Clado a réuni 10 observations de tuberculose localisée sur une moitié du corps, tuberculose restant toujours ainsi localisée dans cette moitié du corps, malgré une très longue période d'évolution.

Il a observé également deux cas où la tuberculose hémi-latérale s'est compliquée de la présence d'un fibrome et d'un adénome du sein du côté opposé à celui qui était envahi par la tuberculose. Les sujets étaient des hybrides à la fois arthritiques et tuberculeux, et ils présentaient en même temps les manifestations de leur double diathèse.

Tuberculose spontanée du chien. — MM. Chantemesse (de Paris) et Le Dantec (de Brest) ont observé un chien qui portait dans divers organes, foie, rein, etc., des masses blanches lardacées du volume d'une noisette à celui d'une noix; ces tumeurs blanches et molles avaient tout à fait l'apparence du sarcome ou du carcinome. Inoculées à des chiens et à des cobayes, elles ont produit la tuberculose ordinaire.

Ces masses pseudo-cancéreuses étaient constituées par des amas de cellules embryonnaires bien vivantes et non caséeuses; elles renfermaient de plus une grande quantité de bacilles de la tuberculose.

Le chien n'a donc pas un sérum qui lui donne l'immunité contre la tuberculose; en dehors des expériences de laboratoire, il peut contracter cette maladie spontanément; la tuberculose spontanée du chien peut passer inaperçue parce qu'elle revêt l'apparence sarcomateuse ou cancéreuse.

On sait d'ailleurs, déjà, par les expériences de Koch, que le chien ne résiste pas à l'inoculation intra-veineuse de cultures pures de la tuberculose humaine.

Peut-on inoculer la tuberculose aux individus que l'on vaccine avec le cow-pox? — M. Bernheim a fait à ce sujet des expériences qui lui permettent de répondre à cette question par la négative, mais en raison des cas relativement fréquents de méningite tuberculeuse chez les enfants, il pense qu'il ne faudrait jamais se servir de virus vaccinal sans avoir pratiqué l'autopsie de la génisse vaccinifère.

Sur une pseudo-tuberculose du lièvre. — MM. Mégnin et Mosny ont eu l'occasion d'étudier des lésions tuberculeuses, disséminées dans tous les organes, chez des lièvres décimés par une épidémie de nature indéterminée. Au point de vue histologique, ces lésions sont celles de la pseudo-tuberculose à forme zoogléique. Elles portent surtout sur les organes abdominaux, mais peuvent s'étendre aux poumons. Les granulations manquent

de cellules géantes et de cellules épithélioïdes; elles ont l'aspect de nodules inflammatoires comme ceux de la morve. L'examen direct n'a jamais montré de bacilles dans les coupes, mais les cultures ont réussi, ainsi que l'inoculation aux animaux. Le bacille est renflé à ses extrémités, qui se colorent bien, étranglé au centre; il est aérobie et se cultive extrêmement bien dans les milieux usuels. La virulence s'atténue assez vite. Il est voisin des bacilles de pseudo-tuberculose décrits par MM. Charrin et Roger, Courmont et Dor.

Rapports entre la tuberculose et le paludisme en Tunisie, par M. Kohos. — L'auteur a trouvé que très fréquemment les sujets paludéens mouraient de tuberculose, et il pense que l'anémie produite par la malaria est la cause prédisposante de cette infection secondaire. Il en conclut que la transfusion du sang, dans les cas très graves de fièvre pernicieuse, pourrait être employée non seulement pour remédier à la malaria, mais encore pour prévenir la tuberculose.

REVUE DES JOURNAUX

Recherches anatomo-pathologiques sur les animaux privés de pancréas, par Boccurdi. (*Riforma medica*, 1890, n° 269.) — A l'accord des résultats obtenus par l'extirpation du pancréas chez les animaux s'oppose la diversité des interprétations. Boccurdi cherche à apporter des matériaux à la théorie par des examens anatomiques des organes et tissus des animaux rendus diabétiques par l'extirpation du pancréas.

Il trouve que ces animaux maigrissent plus ou moins vite, même quand on les nourrit abondamment. Mais cet amaigrissement n'est pas dû à des troubles mécaniques du tube digestif (adhérences, torsions, etc.), comme le montre l'examen anatomique. On n'a jamais observé de lésions de la peau, telles qu'abcès, furoncles, etc., même chez les animaux qui sont restés longtemps en vie après l'opération. Les lésions des glandes salivaires, des glandes de la bouche et de l'œsophage manquent aussi. L'estomac ne présente aucune lésion profonde de la muqueuse, ni signes de catarrhe, ni formation d'ulcères, ni processus atrophiques; seules, les glandes du grand cul-de-sac et du pylore présentèrent une légère augmentation des figures karyokinétiques, sans augmentation du volume des glandes; glandes de Brunner normales; les glandes de Galeati présentèrent une plus forte division du noyau de leur épithélium; les diverses tuniques normales, sauf deux cas, avec œdème léger de la sous-muqueuse; nerfs normaux.

Le foie présenta toujours des lésions, toutefois de degré variable; quelquefois, on apercevait de fortes formations de vacuoles dans le protoplasma cellulaire, et jusqu'à la destruction de la cellule, souvent de la dilatation des vaisseaux; une forte réplétion de ceux-ci par du sang et, par places, de petites hémorrhagies; aucune augmentation des noyaux.

Rate, thyroïde et capsules surrénales normales.

Les reins étaient rarement altérés, et toujours faiblement. Toujours l'infiltration glycogène des épithéliums manquait. Cette lésion manquait aussi au foie. C'est en cela que pouvait consister la différence la plus importante entre le diabète commun de l'homme et le diabète expérimental.

Plexus cardiaque toujours normal.

Dans 3 cas (sur 12 examinés), la moelle était atteinte d'atrophie légère, mais très évidente, qui se présentait à l'œil nu sous forme de plaques indurées visibles sur l'organe sain dans l'acide chromique, et qui était limitée aux faisceaux pyramidaux. C'est au gonflement cervical que la lésion était la plus évidente.

Le reste du système nerveux était normal. — P. N.

Du diabète consécutif à l'extirpation du pancréas, par Gaglio. (*Bollet. delle scienze med.*, 1891, février.) — Gaglio trouve que le diabète, qui se montre chez les chiens après extirpation du pancréas, ne se produit pas, ou bien qu'il disparaît quand on lie le canal thoracique.

Il croit, par conséquent, que le diabète expérimental est dû à l'accumulation d'un ferment fournissant du sucre, lequel ferment est apporté au sang par les lymphatiques intestinaux. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 août 1891. — Présidence de M. Tarnier.

La correspondance comprend :

Un mémoire de M. Fiessinger sur la septicémie puerpérale à Oyonnax.

La grossesse extra-utérine. — M. Pinard est intervenu, depuis 1889, dans 7 cas de grossesse extra-utérine. Il a fait 6 laparotomies et 1 élytrotomie avec un seul insuccès dû à ce que l'opérée était atteinte de septicémie aiguë.

Voici les conclusions de M. Pinard :

« 1° Au point de vue de l'étiologie, si dans quelques cas une maladie antérieure de l'appareil génital a été observée, rien de semblable n'a été noté dans les autres;

2° Les premiers accidents et les troubles fonctionnels ont débuté dans toutes les observations dès la fin du premier mois;

3° Ces accidents ont été constitués par des phénomènes péritonitiques et des troubles fonctionnels du côté de l'intestin et de la vessie;

4° L'expulsion d'une caduque a manqué dans la plupart des cas;

5° Les rapports de l'utérus avec le kyste fœtal sont absolument variables, et s'il est le plus souvent repoussé en avant, on peut le rencontrer en arrière sur les côtés et même il peut, comme le prouve une de mes observations, ne pas être déplacé et rester au centre de l'excavation;

6° Les fœtus meurent souvent avant leur complet développement;

7° Le kyste fœtal, le plus souvent immobilisé par des adhérences dans la cavité abdominale, peut être mobile;

8° Il peut même présenter des contractions aussi fréquentes et aussi énergiques que celles de l'utérus;

9° Le kyste fœtal peut être entouré par des anses intestinales passant en avant et tellement adhérentes qu'on ne puisse les détacher;

10° Le kyste fœtal présente toujours deux loges, l'une fœtale, l'autre placentaire et pouvant se rompre séparément; quelquefois la loge fœtale peut être dilatée, présenter des étranglements et rendre l'extraction du fœtus difficile ou impossible;

11° Le kyste fœtal, par ses rapports avec le bassin, la vessie et l'utérus, est plus facilement acessible par la voie vaginale que par la voie abdominale. Ce sont ces dispositions qui doivent imposer soit l'élytrotomie, soit la laparotomie;

12° Mes observations montrent les dangers que peut offrir la méthode qui consiste à vouloir toujours enlever le kyste et, au contraire, les avantages de l'extériorisation simple du kyste. Elles montrent aussi que dès que la membrane granuleuse apparaît à la face interne du kyste on peut et on doit pratiquer la délivrance artificielle;

13° Enfin elles montrent les grands bénéfices qu'on peut retirer d'une intervention judicieuse dans les cas de grossesse extra-utérine, puisque, je compte sur 10 femmes opérées 9 femmes guéries; la seule femme ayant succombé ayant été opérée *in extremis*. »

Hérédité de la myopie. — M. Javal soutient que la myopie est loin d'être toujours causée par une hérédité pathologique. Elle résulte d'une hérédité de milieu et tient à ce que les parents, qui sont myopes, surveillent mal les premières études de leurs enfants et ne sont pas étonnés de les voir regarder de trop près. Par contre, l'astigmatisme est héréditaire et prédispose à la myopie. Or, jusqu'à présent, on ne l'a guère combattu. Certaines races sont astigmates; c'est ainsi que les Juifs ont un astigmatisme inverse qui rend les lignes horizontales plus nettes que les verticales, d'où leur écriture à traits

pleins horizontaux. Rarement un enfant est examiné assez à temps pour que l'on puisse corriger sa myopie.

M. Javal est partisan de l'écriture droite et rappelle à ce sujet le précepte qu'avait formulé G. Sand : « écriture droite, corps droit ».

M. Lagneau demande si les Juifs qui n'appartiennent pas à la race sémitique ont l'astigmatisme qu'a décrit M. Javal.

M. Javal répond que le vice de conformation de l'œil dont il a parlé se voit chez tous les Juifs.

FORMULAIRE

Pommade contre la gale. — De Lollis.

Créoline	2 gr. 50 centigr.
Vaseline	50 grammes.

F. s. a. — Une pommade avec laquelle on pratique des onctions tous les jours, sur les parties de la peau envahies par la gale. — N. G.

COURRIER

Un arrêté approuvé par M. le préfet de la Seine, pris en conformité de l'avis du conseil de surveillance de l'Assistance publique, a modifié, ainsi qu'il suit, les conditions d'admission au concours pour la nomination à la place de chirurgien de l hôpital de Berck, et la composition du jury de ce concours, savoir :

I. *Conditions d'admission.* — Les chirurgiens qui désireront prendre part au concours pour la nomination à la place de chirurgien de l'hôpital de Berck, devront justifier de quatre années de doctorat.

Toutefois, les candidats qui auront passé quatre années entières, en qualité d'élèves nternes des hôpitaux et hospices, seront admis à concourir s'ils justifient du diplôme de docteur.

II. *Composition du jury.* — Le jury du concours pour la nomination à la place de chirurgien de l'hôpital de Berck comprendra cinq chirurgiens et deux médecins, en tout sept membres qui seront pris parmi les chirurgiens et les médecins des hôpitaux et hospices, en exercice ou honoraires.

Deux des cinq chirurgiens à désigner devront être tirés au sort parmi les chirurgiens attachés à des services d'enfants. Il en sera de même en ce qui concerne la désignation de l'un des deux médecins appelés à faire partie du jury.

Assistance publique de Paris. — *Dons.* — Par arrêté préfectoral en date du 15 juillet, le directeur de l'Assistance publique vient d'être autorisé à accepter un legs de 16,000 fr. fait par M. Ernest Ch... en son vivant demeurant rue Vignon, n° 30, aux pauvres du Xe arrondissement de Paris.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Hôpital Tenon. — M. le docteur L.-G. Richelot.

La rétroversion utérine.

Messieurs,

La rétroversion utérine est une question toujours d'actualité, sur laquelle ont vu le jour bien des travaux, bien des théories inutiles, de telle sorte qu'il serait bon de simplifier certains points de son étude.

Une rétroversion est rarement simple, et trois faits sont à distinguer : la rétroversion elle-même, les complications utérines, les complications pelviennes.

Dans la *rétroversion*, l'utérus se renverse en arrière en gardant à peu près sa forme.

Dans la *rétroflexion*, il y a une courbure, un coude qui se forme au niveau de l'isthme.

On a dit que, dans les versions, il fallait distinguer l'inclinaison simple, la position oblique et la version complète. De même, dans les flexions, on a décrit trois degrés, suivant que l'utérus forme avec le col un angle obtus, un angle droit ou un angle aigu. Ces degrés n'ont qu'une faible importance; on sent, par le toucher, une déviation plus ou moins prononcée, mais l'intérêt clinique dépend bien plus des complications que de l'attitude du viscère déplacé.

Les *complications utérines* sont très ordinaires. C'est la métrite sous ses diverses formes, catarrhale, fongueuse, hémorrhagique. Les modifications nutritives du tissu entraînent le ramollissement de l'isthme utérin, qui forme une sorte de charnière au niveau de laquelle se produit la flexion; si le tissu n'est pas ramolli, la coudure ne se fait pas et la version est simple.

Les *complications pelviennes* sont variées. Ce sont des salpingo-ovarites avec ou sans suppurations, des adhérences péritonéales oblitérant le cul-de-sac de Douglas. Il peut y avoir aussi, beaucoup moins souvent, une phlegmasie du tissu cellulaire du petit bassin; presque toujours les suppurations sont intra-péritonéales.

Au point de vue thérapeutique, il faut diviser les rétroversions en deux grandes clases, les *mobiles* et les *adhérentes*. Quand l'utérus est franchement mobile, c'est qu'il n'y a pas de complications pelviennes; s'il est enclavé, difficile à soulever avec le doigt, c'est qu'il est adhérent par son corps ou indirectement par les annexes, et alors, comme nous le verrons bientôt, les indications sont absolument différentes.

Comparez entre elles les diverses déviations, et réfléchissez un instant : à part certains faits exceptionnels, peut-être certaines dispositions congénitales, la rétroversion est la seule des déviations utérines que vous puissiez concevoir à l'état de mobilité, sans adhérences. En effet, un utérus mobile, n'ayant plus ses moyens de fixité, ne peut que tomber en arrière sous l'influence du décubitus. Et, de fait, on ne trouve pas, en clinique, une antéversion sans adhérence; un utérus qui reste fléchi en avant est maintenu par une adhérence de son corps ou par les annexes. Je vous défie également de me montrer une latéroversion qui ne résulte de ce que l'utérus est attiré ou repoussé par une lésion permanente. Si bien que vous pouvez toujours, d'une déviation antérieure ou latérale durable, conclure hardiment aux adhérences pelviennes.

Comment vous expliquer la *pathogénie* des rétroversions? C'est ici qu'il faut tâcher de simplifier et d'oublier tant de recherches prétentieuses sur la statique des organes pelviens.

L'utérus est, à l'état normal, en antéversion légère, et pourvu, comme moyens de fixité, des ligaments ronds, larges et utéro-sacrés. Ces ligaments ont une valeur secondaire; cependant on ne peut nier leur influence, quand aucune cause de relâchement n'est intervenue. Il m'est arrivé de faire la laparotomie exploratrice chez des jeunes filles : en introduisant le doigt dans l'abdomen, on sent le fond de l'utérus dressé et comme rigide, les ailerons du ligament large tendus et servant à maintenir l'organe. Mais le plus important des éléments de fixité est le *plancher pelvien* avec ses trois couches : péritoine, aponévrose pelvienne supérieure, releveur de l'anus. Ces deux derniers, chez l'homme, vont s'attacher au rectum et à l'aponévrose latérale de la prostate; chez la femme, au rectum et à la partie supérieure du vagin. Le segment inférieur de l'utérus est doublé en avant par le tissu cellulaire sous-vésical, en arrière par le prérectal, et soutenu latéralement par son union avec le plancher pelvien fibreux et musculaire. Cette union est le point fixe de l'utérus, et les connexions de la « voûte vaginale » forment une sorte d'anneau dans lequel pénètre le segment inférieur comme le col d'une bouteille renversée. Supposez que cet anneau soit relâché, l'utérus est entraîné par le poids de son corps, en arrière naturellement; le col se porte en avant, si les ligaments utéro-sacrés s'y prêtent, il y a version simple; si l'isthme est ramolli, il y a flexion.

Combinez ces divers éléments, vous aurez tous les cas qui se présentent; mais surtout ne cherchez pas « midi à quatorze heures » et ne croyez pas qu'il y ait là des théories transcendantes à poursuivre.

Etudions maintenant les *manifestations cliniques* de la rétroversion.

Elle est, disent les auteurs, congénitale ou acquise. Les déviations congénitales, dont j'ignore absolument le degré de fréquence, peuvent rester indéfiniment inaperçues; on les trouve quelquefois, par hasard, chez des femmes déjà âgées, qui n'en ont jamais souffert, ou bien elles donnent des symptômes quand la métrite vient s'y ajouter. Les déviations acquises peuvent succéder à des métrites prolongées, avec lésions consécutives des annexes, ou provenir de l'accouchement et du relâchement des tissus qui en résulte : grandes différences au point de vue du pronostic et du traitement. Dans le premier cas, le périnée a conservé sa résistance; dans le second, il est souvent effondré et l'utérus s'abaisse. L'état du périnée est de la dernière importance; quand l'utérus rétroversé est mobile, sans adhérence et le périnée normal, le redressement et la fixation présentent

beaucoup moins de difficultés. S'il y a, au contraire, des déchirures périnéales, le prolapsus des parois vaginales peut dominer la scène et réclamer des opérations toutes différentes.

La douleur est un des grands symptômes de la rétroversion; elle est causée par l'attitude vicieuse, les compressions, et occupe l'hypogastre, la région sacrée, la partie supérieure des cuisses. Dans certains cas invétérés, les jambes sont faibles et les malades ressemblent à des paraplégiques. S'il n'y a pas d'adhérences, il y a moins de douleurs et celles-ci peuvent disparaître comme par enchantement quand on redresse l'utérus avec un simple pessaire.

Les troubles de la menstruation sont habituels : on observe de la dysménorrhée, des ménorrhagies. La stérilité est fréquente, et quand la grossesse se produit, elle peut être suivie d'avortement ou donner lieu à des accidents spéciaux connus des accoucheurs.

Phénomènes de compression du côté de l'intestin, constipation habituelle, dysurie. Le prolapsus des annexes accompagne celui de l'utérus; les trompes et les ovaires sont douloureux, même s'ils ne sont pas très malades. Enfin, l'état neurasthénique et ses troubles variés s'observent couramment.

Le *diagnostic* de la rétroversion n'est pas toujours facile. Le procédé le plus simple pour trouver l'utérus est naturellement le toucher vaginal; mais il faut y associer la palpation hypogastrique et faire l'exploration bimanuelle : on cherche vainement le corps utérin à sa place, derrière le pubis. Il faut, pour cette exploration, que la paroi abdominale ne soit pas trop grasse et que la femme ne souffre pas trop. Dans le cas contraire, et de toutes façons, il est bon de recourir au toucher rectal, qui permet d'arriver plus facilement sur le corps utérin et sur les annexes.

Tout n'est pas dit quand on a trouvé une tumeur dans le cul-de-sac de Douglas; il faut étudier sa forme et sa consistance. L'utérus est rénitent, le fibrome est dur. Il y a des utérus durs, mais ils sont arrondis et réguliers, tandis que la tumeur fibreuse est souvent bosselée, lobulée. Les tentatives de redressement de l'utérus s'accompagnent de douleurs, à cause de la sensibilité propre de l'organe ou par le tiraillement des adhérences; le corps fibreux est moins sensible.

L'examen au spéculum permet de faire le cathétérisme de la cavité utérine : si l'utérus est dévié, il faut tourner le bec de l'instrument en arrière et en bas. Dans la rétroflexion, un instrument rigide ne pénètre pas, il faut un cathéter flexible. On doit s'attendre à trouver le col profondément caché derrière le pubis et d'un accès difficile.

Enfin, le diagnostic sera complété, et cela de toute nécessité, par l'examen des annexes, par la recherche de leurs lésions et de leurs adhérences, dont la gravité et l'ancienneté variables avaient inspiré à Trélat une classification qui répond bien aux faits cliniques. Il admettait trois variétés de rétroversions : *mobiles, résistantes* et *adhérentes*. Il y a, en effet, des degrés dans l'adhérence : certaines déviations peuvent être mobilisées par un traitement préalable et guérir par des moyens de douceur; d'autres, au contraire, doivent être attaquées franchement par des opérations hardies.

(*A suivre.*)

REVUE DES CLINIQUES

Étiologie du rhumatisme, par M. le professeur Potain (1). — Depuis quelque temps, nous voyons entrer dans nos salles un nombre tel de rhumatisants que nous pourrions supposer qu'il y a actuellement une véritable épidémie de rhumatisme; cette maladie n'est pourtant pas épidémique, car on l'observe partout, en tout temps et en toute saison. Nous aurons pourtant à rechercher si certaines saisons n'y prédisposeraient pas d'une façon particulière. De toutes les maladies que nous observons, le rhumatisme est une des plus fréquentes; il n'y a guère, au point de vue de la fréquence, que la bronchite, l'embarras gastrique et la phthisie qui l'emportent sur lui; la fièvre typhoïde et la pneumonie sont peut-être plus meurtrières, mais atteignent un moins grand nombre d'individus.

Certaines saisons paraissent prédisposer au rhumatisme, et cependant il ne semble guère être influencé ni par les climats ni par la température. Quand on consulte les statistiques de l'armée anglaise, qui, à ce point de vue, sont très instructives, les soldats anglais étant disséminés dans toutes les parties du monde, on voit que le rhumatisme est également fréquent au cap de Bonne-Espérance, dans les Indes-Orientales et en Australie; fait remarquable, c'est dans l'Amérique du Nord qu'on l'observe le moins.

L'influence des saisons, dont je vous parlais tout à l'heure, ne me paraît pas d'abord très nette; si nous consultons, d'un côté, les statistiques dressées par M. Besnier, et portant sur les malades qui sont entrés dans les hôpitaux de Paris, de 1868 à 1873, nous voyons que, pendant ces quatre années, le nombre des rhumatismes a varié entre 600 et 850, et que les entrées les moins nombreuses correspondaient aux mois de janvier, février, mars, septembre, octobre, novembre et décembre; les plus nombreuses avaient lieu en avril, mai, juin, juillet et août. D'après les statistiques de l'hôpital Saint-Georges de Londres, ce serait en juin, juillet, août et septembre que l'on observerait le moins de rhumatisants; les résultats constatés en France et ceux constatés en Angleterre sont presque opposés; ils ne sont d'accord qu'en ce qui concerne le mois de mai; il ne faut donc pas que nous soyons surpris d'en voir actuellement entrer en si grand nombre dans nos salles.

Abstraction faite de l'influence saisonnière, trois conditions étiologiques me paraissent surtout jouer un rôle dans le développement du rhumatisme; je veux parler du froid, de l'humidité et du traumatisme, en comprenant sous le nom de traumatisme tout ébranlement de l'économie.

Le froid crée le rhumatisme, personne ne met la chose en doute, et le froid détermine cette affection indépendamment de toute sensation; le froid non perçu agit surtout dans la production du rhumatisme subaigu; vous rencontrerez surtout cette forme de rhumatisme chez les individus qui prétendent ne pas être sensibles au froid et, par conséquent, s'y exposent souvent.

Le froid peut agir de différentes façons dans la production du rhumatisme; il peut agir à titre de cause déterminante, comme cause prédisposante, enfin comme cause occasionnelle déterminant la localisation du rhumatisme.

Le froid engendre le rhumatisme quand il agit soudainement et sur une grande surface, et, dans ces cas, c'est le rhumatisme articulaire aigu que l'on voit se développer; il en est ainsi à la suite de l'immersion dans l'eau froide ou quand les vêtements sont mouillés par une averse; dans ces cas, il y a une soustraction rapide et considérable de calorique, surtout quand, pour une raison ou pour une autre, le corps est échauffé et en transpiration. Je ne m'arrêterais pas à ces considérations, qui sont de notion vulgaire, si ce que je viens de dire ne semblait en opposition avec les pratiques hydrothérapiques ordinaires. Vous savez que les hydropathes recommandent toujours, avant d'administrer une douche, de se préparer à la recevoir en faisant, au préalable, un exercice plus ou moins violent. Cette préparation est non seulement utile, mais indispensable. Comment, dès lors, expliquer cette espèce de contradiction? C'est qu'il y a deux façons

(1) Résumé d'après la *Semaine médicale*,

d'avoir chaud. Il y a la chaleur déterminée par un exercice actif sans fatigue et la chaleur due à une fatigue extrême, avec excitation vaso-motrice allant jusqu'à l'épuisement. Quand on a épuisé l'action des vaso-moteurs, le froid est dangereux, même pour les hydrothérapeutes. Vous connaissez tous cette habitude des escrimeurs, qui consiste, après un assaut plus ou moins prolongé, à se mettre sous une douche froide. Si l'exercice n'a pas été trop violent et trop long, la douche délasse; c'est le cas le plus fréquent; mais s'il y a eu fatigue trop considérable, il peut en résulter des accidents. Monneret, qui fut, avec Fleury, un des pères de l'hydrothérapie, était un passionné de l'escrime, et après une séance d'armes, il avait l'habitude de prendre une douche. Comme il était d'une certaine force à l'épée, en général les séances ne le fatiguaient pas; un jour, il eut en face de lui un adversaire plus sérieux; la lutte fut vive; il fut obligé de faire de grands efforts; après la douche, au lieu du soulagement habituel, il éprouva une courbature plus grande dans le bras droit, et, le lendemain, il se réveilla avec une paralysie du deltoïde. Vous voyez, somme toute, que la contradiction est plus apparente que réelle.

Le froid, même intense, n'est pas nuisible quand il n'est pas prolongé et quand il frappe un organisme non épuisé sur lequel la réaction peut se faire.

Les individus soumis au froid habituel sont souvent atteints de rhumatisme subaigu, ou même de rhumatisme chronique, qui se manifeste sous forme de douleurs musculaires ou de rhumatisme tendineux; le froid peu intense et prolongé agit surtout comme cause prédisposante.

Il peut aussi, dans les conditions précédentes, agir comme cause occasionnelle et déterminer la localisation du rhumatisme sur les parties plus spécialement exposées à son action.

Il m'est arrivé parfois, en lisant dans ma voiture, de me sentir les poignets rafraîchis par un courant d'air; le lendemain, je me réveillais avec les articulations radio-carpiennes tuméfiées et douloureuses. Les lavandières, qui ont les genoux fréquemment mouillés, sont exposées à avoir du rhumatisme à ce niveau; les cuisiniers sont plus volontiers atteints du côté des pieds qui reposent sur un sol frais, parfois humide; il n'est pas jusqu'au rhumatisme secondaire qui ne paraisse subir cette influence du froid, au point de vue de la localisation de ses premières manifestations. Le rhumatisme scarlatineux débute presque toujours pas les poignets, et cela parce que ce sont les articulations qui sont le plus exposées au refroidissement.

A côté de l'influence du froid, il convient d'étudier le rôle que joue l'humidité dans la production du rhumatisme.

L'humidité agit de plusieurs façons, d'abord comme agent puissant de soustraction calorique. Nos vêtements à l'état sec sont très mauvais conducteurs de la chaleur; c'est surtout de cette façon qu'ils sont utiles; viennent-ils à être mouillés, ils sont alors bons conducteurs et enlèvent à l'économie une somme considérable de calorique. Le froid humide, comme l'avait déjà remarqué Bouillaud, peut être considéré comme une des causes les plus actives du rhumatisme subaigu. Actuellement, nous avons dans nos salles un jeune garçon atteint de céphalée rhumatismale dont l'origine peut être attribuée à l'influence du froid humide. Cet individu a une céphalée tenace; il est vrai qu'il est syphilitique; mais sa céphalée n'est pas spécifique, car, à l'inverse des céphalées syphilitiques, elle tourmente surtout le malade dans la journée, et les douleurs syphilitiques sont toujours prédominantes la nuit, excepté chez les boulangers. Il se plaint surtout de douleurs frontales, accusées également des deux côtés, sans points douloureux spéciaux à l'émergence des nerfs sus-orbitaires; ce sont les mouvements de son muscle frontal qui exagèrent surtout ses douleurs et, dans ces mouvements, la douleur s'étend à toute la surface du crâne. Il y a là un véritable rhumatisme des muscles du crâne qui s'est développé à la suite d'une période de manœuvres; le malade, pendant cette période, avait été obligé de se coucher sur le sol humide.

Dans nombre de circonstances, l'action de l'humidité se combine à celle du froid; mais ce n'est pas là sa seule façon d'agir. Laissez-moi, à ce propos, vous raconter l'histoire d'une dame que je fus appelé à voir avec un confrère, et qui m'a tout particulièrement frappé. Cette dame habitait un hôtel neuf des plus confortables, dans un des quar-

tiers les mieux aérés de Paris. Elle fut prise d'une attaque de rhumatisme aigu qui, sous l'influence d'un traitement assez énergique, céda rapidement. A peine entrait-elle en convalescence qu'une récidive survint; elle guérit de nouveau, puis il se produisit successivement une suite de récidives; et pourtant sa chambre d'habitation, toute tapissée de tentures et convenablement chauffée, paraissait être dans les meilleures conditions. Pensant qu'antérieurement cette chambre, récemment construite et disposée au Nord, avait dû être humide, je fis transporter la malade, tout déplacement dans le Midi étant impossible, dans une chambre exposée en plein Sud, et le rhumatisme céda cette fois sans rechute. La chambre qu'elle habitait primitivement était-elle humide véritablement? En apparence, non; mais, étant donné son exposition au Nord, et la date récente de la construction de l'hôtel, elle avait dû l'être. L'humidité antérieure laisserait donc après elle quelque chose capable de donner le rhumatisme?

Voici une autre observation du même genre. Celle-ci m'est personnelle. Il y a quelques années, pendant la saison d'été, j'habitais Saint-James, à côté de la Seine. Au moment où je m'installai là avec ma famille, je sentis ce je ne sais quoi qui m'avertit qu'il y avait du rhumatisme dans l'air. Pensant que la maison était humide, j'apportai un hygromètre de Paris, et je trouvai le même degré hygrométrique que dans mon appartement. Cependant, un des miens fut pris de rhumatisme, et moi-même j'en fus atteint; la maison, à n'en pas douter, était rhumatifère; elle avait dû être humide, mais ne l'était plus. Il est donc très vraisemblable que, dans les milieux humides, il se développe quelque chose, du salpêtre, des moisissures dont la nature n'est pas encore déterminée, mais qui, pour moi, sont capables d'engendrer le rhumatisme.

Gueneau de Mussy raconte que, chez les Hébreux, on redoutait beaucoup la lèpre des maisons; quand cette lèpre apparaissait, on grattait les murs et on emportait les débris dans un lieu impur; on fermait la maison pendant huit jours, puis, si les moisissures avaient reparu, cette fois on enlevait les pierres; si, après un second délai de huit jours, on retrouvait de nouvelles traces de lèpre, la maison était compètement rasée jusqu'au niveau du sol. Les anciens avaient donc déjà remarqué l'influence néfaste des moisissures développées dans les habitations.

Quel est l'agent à incriminer dans ces circonstances? Je n'en sais rien; mais, pour moi, je suis fermement convaincu que l'humidité peut laisser après elle un agent rhumatifère. Nous connaissons certaines formes de rhumatisme : les rhumatismes infectieux qui sont produits par des micro-organismes déterminés; en réalité, entre le rhumatisme aigu et ces rhumatismes infectieux, il y a des différences de degré plutôt que des différences de nature; l'idée d'une infection à l'origine du rhumatisme articulaire aigu est donc très plausible.

Nous avons admis un troisième élément pathogénique, le traumatisme. Celui-ci agit tantôt comme cause occasionnelle, tantôt comme cause prédisposante.

Parfois, il s'agit d'un traumatisme portant directement sur une articulation. Je me rappelle une malade qui avait reçu un coup au niveau d'une articulation de l'index. L'articulation devint douloureuse et s'enflamma; les jours suivants, le poignet fut pris, et successivement toutes les autres articulations furent atteintes. Cette malade fut examinée dans un concours de bureau central; le candidat vit nettement le rapport qui existait entre le traumatisme et le développement des arthrites; mais, au lieu d'en faire du rhumatisme, il conclut à une infection purulente; c'était une erreur complète.

Souvent aussi, on voit des attaques de rhumatisme et même des attaques de goutte survenir à la suite d'une entorse.

Dans d'autres cas, le traumatisme ne porte pas directement sur l'articulation. Charcot rapporte l'observation d'un malade chez lequel on vit apparaître une attaque de rhumatisme consécutivement à un phlegmon de la main. Ce phlegmon avait eu pour origine une piqûre faite au doigt. J'ai vu moi-même, à l'hôpital Necker, une femme chez laquelle un panaris avait déterminé les mêmes accidents.

Ce que fait le traumatisme externe, le traumatisme interne peut le produire; la fatigue des articulations, le surmenage peuvent être une cause prédisposante du rhumatisme. Chez les gens surmenés physiquement, la synovie s'épaissit, les matières extractives s'y accumulent, la synoviale est plus ou moins irritée et si, dans ces condi-

tions, comme l'a si bien montré M. Peter, un coup de froid survient, le rhumatisme apparaît. L'épuisement nerveux, les fatigues morales agissent de la même manière. C'est ainsi que s'explique ce que j'ai appelé le *rhumatisme du train des maris*. Des hommes fatigués par le travail d'une semaine arrivent dans leur famille, installée au bord de la mer, après avoir fait un trajet de trois ou quatre heures en chemin de fer. L'absence plus ou moins longue occasionne des épanchements plus actifs que de coutume, et le lendemain, pour faire disparaître la fatigue, on prend un bain de mer; le surmenage, aidé de l'action du froid, amène, au retour, une attaque de rhumatisme.

Cette affection rhumatismale, qui naît d'influences si diverses, peut apparaître à tous les âges; jusqu'à 30 ou 40 ans, c'est plutôt le rhumatisme articulaire aigu que l'on voit; plus tard, c'est le rhumatisme chronique, plus fâcheux parce qu'il est plus persistant.

A tout ce que je viens de dire, il faut ajouter un élément personnel, souvent héréditaire, difficile à préciser, surtout dans nos hôpitaux. Le terme rhumatisme est si vague, on l'emploie si communément pour désigner des affections si diverses qu'il nous est souvent bien difficile de reconnaître, en interrogeant les malades, s'il a existé chez leurs parents une forme de rhumatisme analogue à celle qu'ils présentent eux-mêmes.

Si nous nous en rapportons aux observations de la ville, où les renseignements sont plus précis, nous devons dire que ce qui se transmet, ce n'est pas telle ou telle forme de rhumatisme, mais une prédisposition générale, exposant à un groupe commun d'affections, dans lequel il faut même ranger la goutte.

J'ai vu, à l'hôpital Necker, un bel exemple de transmission de goutte par un père rhumatisant, issu lui-même d'un goutteux. Les conditions de milieu, d'hygiène suffisent pour amener ces transformations.

Il nous resterait à étudier maintenant l'influence des maladies accidentelles sur le développement du rhumatisme; cette variété du rhumatisme, que l'on désigne plus spécialement sous le nom de rhumatisme secondaire, doit faire l'objet d'une étude spéciale.

Congrès international d'hygiène et de démographie tenu à Londres du 10 au 17 août.

Sommaire : Les quarantaines. — Etiologie de la diphthérie.

Le Congrès d'hygiène de Londres est un de ceux qui ont le mieux réussi. Plus de 2,700 adhérents ont répondu à l'appel des organisateurs. C'est qu'en effet, sur beaucoup de points, la législation sanitaire anglaise est en avance sur celle du continent et qu'il y avait un grand intérêt pour les hygiénistes à pouvoir étudier sur place l'organisation de nos voisins. Au début de la séance d'ouverture, le prince de Galles a prononcé un discours dans lequel il a exprimé l'espoir que les travaux du Congrès permettraient d'améliorer les conditions sociales de la population ouvrière. Après lui, MM. Brouardel, Roth, Korosi et sir James Paget ont successivement pris la parole. Le dernier a rendu hommage aux travaux de M. Pasteur, qui ont renouvelé sur tant de points importants la science médicale.

I

Les quarantaines. — L'on sait que, pour des raisons qui leur sont toutes personnelles, les Anglais sont ennemis des quarantaines; ces dernières ont, en effet, à leurs yeux, un vice rédhibitoire, elles gênent le commerce.

On pouvait donc s'attendre à voir les quarantaines très attaquées. C'est à quoi n'a pas manqué M. R. Lawson, qui s'est efforcé de démontrer que le mode de propagation du choléra rend les quarantaines inutiles. Le choléra, a-t-il dit, affecte deux formes : la forme nostras, dans laquelle il est peu grave et dépend d'origines locales; la forme asiatique, très grave et devenant rapidement épidémique, ce qui tiendrait, pour beaucoup, à ce que le poison est transmis de l'homme malade à l'homme sain, d'où sa diffusion. Or, dans les dernières épidémies de Southampton, de la Nouvelle-Orléans, de Toulon, il a été impossible de découvrir comment la maladie avait été importée. D'autre

part, le choléra dit nostras présente souvent des recrudescences brusques pendant lesquelles il se produit habituellement des cas graves en plus ou moins grand nombre, cas qui offrent absolument le tableau du choléra asiatique. Il y a lieu d'admettre, pour les petites épidémies, une « influence épidémique » dont la nature est complètement inconnue, et, puisque cette influence existe dans ces faits, rien n'empêche qu'elle n'existe aussi dans les épidémies de choléra asiatique. Du reste, dans ces dernières, il arrive souvent que les personnes les premières atteintes habitent la localité depuis longtemps et n'ont pas eu le moindre rapport avec des cholériques. Pour prouver que la maladie se transmet de l'homme à l'homme, il faudrait pouvoir écarter l'influence épidémique, ce qui est actuellement impossible. Le principe morbide du choléra doit être transmis par l'air, et c'est sa diffusion en un point donné qui provoque les épidémies.

M. Cunningham regarde les quarantaines terrestres comme impraticables, et les quarantaines des ports comme inefficaces. Pour lui, la désinfection seule est utile contre le choléra.

De son côté, M. Simpson est venu tâcher d'innocenter l'Inde; en effet, ce pays est habité par des Indous, des Mahométans et des Européens; ces derniers n'attrapent pas facilement le choléra; les Indous, qui y sont très sujets, ne voyagent jamais. Les mahométans constituent le seul danger, et les pèlerinages de la Mecque et de Médine sont très redoutables. La propreté individuelle est très importante pour préserver de la maladie.

Enfin, sir Fayrer est venu aussi insister sur l'inutilité des quarantaines.

Les congressistes non anglais se sont montrés, au contraire, assez partisans des quarantaines, au moins, comme l'a dit M. Brouardel, des quarantaines modernes qui ne sont que des périodes de trois, quatre ou cinq jours pendant lesquelles on s'assure que les passagers ne sont pas en incubation du choléra et qui permettent de désinfecter les navires et les marchandises. Il est évident que l'on pourrait supprimer les quarantaines si la désinfection était pratiquée en cours de route lorsque le choléra se développe, et surtout si des mesures sérieuses de prévention, mesures, du reste, acceptées par le gouvernement de l'Inde, étaient prises au départ. Mais il est probable que les mesures sont négligées, car, en 1890 et 1891, des navires anglais ont importé le choléra dans la mer Rouge. Dans la Méditerranée, à Malte et à Gibraltar, non seulement les Anglais usent des quarantaines, mais ils empêchent le débarquement des passagers et des objets suspects.

M. Rochard maintient les conclusions de la Conférence de Rome (1885); il faut conserver les quarantaines maritimes en les réduisant au temps strictement nécessaire, remplacer les quarantaines de terre par la surveillance et la désinfection pratiquées aux gares frontières, assainir, autant que possible, les bâtiments au départ et dans la traversée. Mais la sureillance doit être rigoureuse dans la mer Rouge pour les bâtiments venant de l'Inde et la quarantaine sera imposée au navire qui aura le choléra à bord.

M. Stékoulis regarde les quarantaines comme indispensables pour les pays qui n'ont pas d'organisation sanitaire et qui sont exposés à recevoir directement des provenances des pays infectés. Il présente une proposition tendant à inviter la Turquie à réorganiser ses lazarets, et en particulier celui de Camaran.

MM. Thompson, Leduc ont encore parlé en faveur des quarantaines, et il semble bien que la majorité des membres de la section de *médecine préventive* est favorable à leur maintien.

II

Prophylaxie de la diphthérie. — M. Bergeron a insisté sur ce fait que la diphthérie est devenue endémique en France dans les plus grandes villes: Paris, Lyon, Marseille, Bordeaux, etc. Il suffit de jeter un coup d'œil sur la statistique sanitaire des villes de France et d'Algérie pour voir que, depuis quelques années, la diphthérie fait, par an, plus de 5,000 victimes en France. Il est probable que le grand développement de la maladie tient à la facilité considérable des communications, aux rapprochements qui se font constamment à l'école, dans les squares, les voitures publiques, etc. La contagion directe

est le mode de transmission le plus commun, qu'il s'agisse de fausses membranes, du liquide du jetage, de débris infectieux divers séchés sur les murs des appartements, les linges, etc. La contagion peut se faire dès le début de la maladie, dès qu'une pellicule blanche est visible ; elle est à redouter longtemps après que la guérison est en apparence complète, de telle sorte que l'isolement doit se prolonger pendant six semaines. La désinfection est très utile dans la diphthérie, car elle peut beaucoup contre le parasite ; il faudra la pratiquer *in situ* et rendre inoffensifs, en la pratiquant soigneusement, tous les objets souillés par les diphthéritiques. Quelle est la durée de la période d'incubation de la diphthérie? Il importe de le savoir le plus exactement possible, afin de savoir le temps pendant lequel on doit isoler les personnes qui ont été en contact avec un diphthéritique et qui, par conséquent, sont suspectes. En Angleterre, on admet deux à cinq jours ; en Allemagne, deux à sept jours ; en France, trois à cinq jours. Bien que presque partout on ait conseillé d'isoler pendant une dizaine de jours par prudence, c'est encore là un temps insuffisant, car il y a des incubations prolongées qui atteignent quinze jours. Vingt jours d'isolement seraient donc nécessaires.

M. Gibert cite l'exemple du Havre, qui prouve à quel point les mesures de désinfection peuvent être utiles. Jusqu'en 1885, la mortalité par diphthérie alla croissant. A ce moment, une brigade sanitaire fut organisée par M. Siegfried et on put désinfecter les logements où la maladie avait fait son apparition. Ce ne fut qu'avec beaucoup de soins et de peine que l'on put arriver à des résultats, car, en France, aucune loi n'oblige les habitants d'un appartement à l'abandonner pendant trente-six heures pour qu'on le désinfecte. Malgré tout, la mortalité baissa rapidement de la moitié, puis du tiers.

M. Seaton signale la France comme un des foyers principaux de la diphthérie. La maladie sévit aussi avec une grande intensité dans certains points de l'Etat de Minnesota aux Etats-Unis. En Angleterre, la mortalité est très faible dans le Devonshire, le Cornwall et au centre du pays, très forte dans le Norfolk et le Pays de Galles. La diphthérie est plus répandue dans les campagnes que dans les villes ; cependant elle augmente lorsque la population devient dense. La mortalité en Angleterre a augmenté en même temps que l'on faisait de grands travaux pour les égouts et les conduits d'eau ; il est vrai que la fièvre typhoïde subissait un mouvement inverse. En réalité, la mortalité n'est pas influencée en bien ou en mal par les réformes hygiéniques et les améliorations qui réduisent la mortalité générale sont sans effet sur la fréquence de la diphthérie. Une enquête est donc nécessaire pour reconnaître les conditions de développement et de propagation de la maladie.

M. Schrevens a constaté en Belgique que la fièvre typhoïde et la diphthérie avaient une marche parallèle, augmentant ou diminuant en même temps. Cela tiendrait à ce que les deux maladies ont une origine analogue et que les deux bacilles se développent là où il y a des détritus. Ceux de la surface du sol conviendraient surtout au bacille de Lœffler. La densité de la population n'influe pas sur la mortalité diphthéritique ; si elle sévit surtout dans les campagnes, c'est que les fumiers et les immondices y pourrissent à l'air libre, tandis que les villes sont nettoyées. Certaines espèces animales jouent certainement un rôle dans la transmission de la maladie. Enfin on doit veiller avec le plus grand soin à l'isolement et à la désinfection qui doivent être obligatoires et rigoureux.

M. Hewitt (du Minnesota) reconnaît que la diphthérie est très répandue dans l'Etat où elle cause un très grand nombre de décès, moins toutefois que la phthisie et le choléra infantile. Elle s'est d'abord développée dans des familles établies au bord des fleuves, plus tard elle a envahi tout le pays. Presque la moitié des cas s'observent chez des enfants de moins de 5 ans.

Les autres membres du Congrès qui ont pris part à la discussion, MM. Abbott, Irisse, Paget, etc., ont insisté sur la mauvaise influence de la malpropreté des habitations qui est certainement une cause prédisposante.

M. Adam a rattaché les épidémies de diphthérie aux oscillations de la nappe souterraine ; le microbe se multiplierait dans des sols humides saturés de matières organiques et se disséminerait au moment de la sécheresse.

En somme, à l'exception du remarquable discours de M. Bergeron qui a mis en lumière la nécessité d'un long isolement, ces diverses communications n'ont que peu avancé nos connaissances sur la diphthérie. Il semble cependant établi que l'insalubrité des locaux d'habitation, la malpropreté des habitants, la présence de fumiers pourrissant à l'air favorisent le développement des épidémies. Mais n'est-ce pas là un fait banal que l'on retrouve dans l'étiologie de la plupart des grandes maladies infectieuses? Un seul orateur a insisté sur le rôle de l'eau dans l'apparition de la maladie; d'autres, au contraire (Abbott), regardent la transmission par l'eau comme très discutable. Enfin, la nécessité d'une désinfection complète et minutieuse a été admise pour tous.

(A suivre.)

BIBLIOTHÈQUE

Traité de thérapeutique et de pharmacologie, par Henri Soulier, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Lyon. Tome II, F. Savy, 1891.

Il n'y a pas longtemps que j'ai signalé ici l'apparition du premier volume de cet important ouvrage, en le recommandant tout spécialement à l'attention de nos confrères et des étudiants. J'ai dit que non seulement c'était le traité le plus complet et le plus au courant des travaux contemporains, mais que c'était aussi une œuvre très personnelle à la rédaction de laquelle a présidé un esprit méthodique et philosophique.

On doit féliciter l'auteur et l'éditeur d'avoir hâté l'apparition de cette seconde partie, qui nous semble plus intéressante encore que la première; car, outre les chapitres relatifs aux médicaments cardiaques, vaso-moteurs, astringents, alcalins, eupeptiques, vomitifs, purgatifs, etc. qu'on trouve dans tous les traités de thérapeutique, ce tome contient une série de chapitres assez négligés jusqu'ici (si j'en excepte les leçons que leur a consacrées M. Dujardin-Beaumetz dans ses cliniques de Cochin), je veux dire les chapitres où sont exposés, avec tous les détails que comportent les progrès qui ont été réalisés dans leur application, des procédés thérapeutiques tels que la *transfusion* et ses dérivés, la *kinésithérapie* (exercices, gymnastique, massage), les méthodes comprises sous la rubrique *mechanica* (suspension, compression, orthopédie, tubage, etc.), l'emploi du *froid*, du *chaud*, de la *lumière*, l'aérothérapie que M. Soulier préfère appeler *aéropiésie* ou *aéro-piésothérapie* parce que la *pression*, πιεσις, en est l'élément principal, enfin la *climatothérapie* et l'*électricité*.

Après avoir parcouru les 1000 pages de ce second volume, nous sommes heureux de joindre de nouveau nos félicitations à celles que toute la presse médicale a faites déjà au professeur Soulier. — P. Le Gendre.

SOCIÉTÉS SAVANTES DES DÉPARTEMENTS

Société de médecine de Toulouse (1er semestre 1891).

Sommaire : Les flanelles mercurielles. — L'hématome de l'oreile. — Un cas de phlegmon infectieux laryngo-pharyngien.

La Société de médecine de Toulouse vient de commencer la publication d'un Bulletin qui paraît régulièrement et dans lequel nous sommes heureux de trouver *in extenso* les travaux de ses membres.

M. Dupuy, dans une remarquable étude sur le *mercure*, a insisté sur les modes d'emploi nouveaux du médicament. C'est ainsi qu'il indique le mode de préparation des flanelles mercurielles de M. Merget; l'étoffe, dégraissée par une solution de carbonate de soude au 1/4 et encore légèrement alcaline, est plongée pendant quatre ou cinq heures dans une solution saturée d'azotate mercureux; on la met ensuite dans un troisième bain composé d'une partie d'ammoniaque liquide pour deux parties d'eau. L'immersion ne doit durer

que le temps nécessaire pour décomposer le sel mercureux; dès que la flanelle a pris une teinte grise, on l'égoutte, on la sèche à l'air, on la bat et on la renferme dans des flacons bouchés à l'émeri. Pour faire usage de la flanelle mercurielle, on en coupe un morceau de 25 centimètres, on l'enferme dans un sac de tissu léger et serré et on place ce sac près de l'ouverture des voies respiratoires, pendant la nuit seulement. Il faut renouveler l'étoffe après trois semaines d'usage. Ces flanelles peuvent encore être employées pour la destruction des pediculi pubis.

M. Merget préconise l'emploi de ces flanelles parce que, pour lui, dans les frictions, le mercure n'est absorbé qu'à l'état de vapeur, par la voie de l'inhalation pulmonaire; l'emploi de l'étoffe chargée de mercure est beaucoup plus facile que celui des frictions est aussi efficace et ne provoque ni salivation, ni phénomènes d'intoxication d'aucun genre.

— M. Parant a présenté des considérations intéressantes sur l'*hématome de l'oreille et sa pathogénie*. A. Foville a établi que l'épanchement sanguin se faisait entre le cartilage et le périchondre; cependant Mabille a soutenu qu'il se produisait entre le cartilage et la peau, dans le tissu cellulaire sous-cutané, et Vallon que le point de départ du processus est dans le périchondre lui-même; de sorte que le sang en dissocie les deux couches. Enfin, Bellangé a vu l'épanchement se produire à l'intérieur même du cartilage.

On discute aussi sur le mode de production de l'hématome. Pour les uns, il est spontané et dû à des troubles vaso-moteurs ou à des influences dyscrasiques; pour les autres, il est toujours le résultat d'une violence sur l'oreille.

M. Parant admet que, dans beaucoup de cas, l'hématome est effectivement dû à un traumatisme; quelquefois il y a, pour ainsi dire, une sorte de traumatisme interne, produit par les efforts de cris ou vociférations, par les efforts de résistance du malade.

Mais, dans un cas, M. Parant a vu l'hématome se produire sans qu'il y ait aucune violence, le malade n'était pas agité. Il était atteint de lésions cérébrales et il est probable que l'épanchement avait sa cause première dans les troubles spéciaux des centres encéphaliques. Une autre observation prouve bien que le traumatisme n'est pas toujours suffisant pour provoquer l'hématome, car le malade se frappa avec violence la tête contre les murs, tout le pavillon de l'oreille gauche devint ecchymotique et cependant la complication ne se produisit pas.

— M. Jeannel a rapporté un cas de *phlegmon infectieux laryngo-pharyngien* dans lequel on retrouve tous les signes indiqués par M. Merklen dans sa communication à la Société médicale des hôpitaux de Paris. Le malade de M. Jeannel a eu deux signes nouveaux : l'hémorrhagie opératoire fournissant un sang d'une fluidité remarquable, les éruptions septiques.

M. de Micas a envoyé une note sur le traitement de la tuberculose par les inhalations d'acide fluorhydrique; il n'a obtenu que très peu de résultats et, en somme, la médication s'est montrée à peu près sans effet.

FORMULAIRE

Injections contre la vaginite aigue. — Ch. Eloy.

1° Sulfate de fer........................ 20 grammes.
Eau distillée........................ 1.000 —

Faites dissoudre.

2° Hydrate de chloral.................. 30 grammes.
Eau distillée........................ 1.000 —

Faites dissoudre.

A la période terminale de la vaginite aiguë, on pratique plusieurs injections avec l'une ou l'autre de ces deux solutions. — Tous les jours, tamponnement avec de l'ouate imbibée du glycérolé suivant : Acide tannique, 5 grammes; glycérolé, 5 grammes. —

Tous les deux jours, s'il y a lieu, attouchement de la muqueuse vaginale, avec la solution de nitrate d'argent au 1/30e.

Au début de la vaginite aiguë, on combat l'inflammation, à l'aide d'injections émollientes très chaudes faites avec le topique suivant : feuilles de coca, 5 grammes; Acide borique, 20 grammes; Espèces émollientes, 25 grammes; Eau, 1 litre, F. s. a. une décoction. — 3 ou 4 injections par jour. — N. G.

COURRIER

Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon (année scolaire 1890-1891); concours pour les prix. — a) *Médecine.* — 1re année : Prix, M. Ducrot (Paul); mention, M. Etiévant (René).

2e année : Prix, M. Bérard (Léon); 1re mention, M. Lefèvre (Louis); 2e mention M. Remlinger (Paul).

3e année : Pas de prix décerné. Pas de mention.

4e année : Prix, M. Besson (Charles); mention, M. de Bovis (René).

b) *Pharmacie.* — 1re année : Prix, M. Nicolle (Auguste); mention, M. Délogé (René).

2e année : Prix, M. Gautier (Louis); 1re mention, Givaudan (Xavier); 2e mention, M. Bienfait (François).

3e année : Prix, M. Métroz (Emile).

La loi sur l'exercice de la médecine au Sénat. — *Suppression des officiers de santé.* — On se rappelle que la commission sénatoriale nommée pour étudier la loi sur l'exercice de la médecine, votée par la Chambre des Députés, a résolu de consulter les Conseils généraux au sujet de la suppression des officiers de santé. On connaît déjà les votes pour quelques départements. Se sont prononcés pour la suppression : Allier, Cantal, Hérault, Haute-Vienne (sur un rapport de M. le professeur Raymond, de Limoges (Loiret). — Le Cantal a voté ainsi, à condition que le projet relatif à l'organisation de la médecine gratuite dans les cantons soit adopté.

Projet de loi sur l'exercice de la médecine. — Le Conseil général du Loiret est invité par M. le ministre de l'intérieur à répondre sur la question suivante : Les populations rurales auraient-elles à souffrir de la suppression du brevet d'officier de santé? Au nom de la commission d'administration, M. Merry répond que le Loiret n'aurait pas à souffrir de cette suppression, car le service médical dans notre département est fait par 127 docteurs et par 7 officiers de santé seulement. M. Viger appuie cette réponse. Et le Conseil général adopte les conclusions du rapport de la commission d'administration, c'est-à-dire la suppression des officiers de santé.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Hermil (de Grenoble); Mathieu (de Fraize); Redarès, ancien médecin de la marine; Duval (de Calais); Henri (de Menton); Castan, doyen de la Faculté de Montpellier; Frouin (de Saint-Nicolas-de-Pelem).

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

Le chef du service médical des hôpitaux marins.

Les hôpitaux marins, dont le type est celui de Berck, ont rendu de si réels services qu'ils s'étendent de plus en plus et que, pour reconnaître en quelque sorte officiellement leurs services et faciliter leur extension, le récent Congrès de la tuberculose a voté une proposition en leur faveur.

Mais à qui faut-il confier le service médical de ces utiles établissements? A des médecins ou à des chirurgiens? Jusqu'ici, on s'était contenté de médecins. Pen-Bron, Banyuls, Arcachon, Hyères, etc., sont servis par des médecins; à Pen-Bron, les chirurgiens de Nantes viennent quand besoin est. A Berck, jusqu'à la présente année, c'étaient des médecins qui soignaient les malades. M. Perrochaud, puis M. Cazin, étaient des praticiens instruits qui avaient exercé d'abord la médecine générale à Boulogne, et qui ensuite avaient été placés par l'Assistance publique de Paris à la tête du service médico-chirurgical de Berck. Il est vrai que M. Cazin, chirurgien de tempérament, en était arrivé à faire plus de chirurgie que de médecine, mais enfin il n'était pas chirurgien à l'origine.

FEUILLETON

CAUSERIE

On s'est beaucoup étonné, dans le public extra-médical et même médical, qu'au dernier Congrès de la tuberculose on ait proposé et adopté tant de mesures pour prévenir la contagion. En France, l'idée de contagion rencontre encore de nombreux incrédules, alors qu'à l'étranger, en Italie et en Espagne surtout, elle est acceptée comme monnaie courante.

Les lois de police édictées en 1782 dans le royaume de Naples étaient des plus rigoureuses. Elles faisaient aux médecins une obligation de dénoncer leurs malades sous peine d'être condamnés à une amende de 100 ducats et à dix ans de bannissement en cas de récidive. Les pauvres, une fois leur maladie constatée, devaient être conduits d'autorité à l'hôpital. Il fallait détruire le linge et les vêtements des phthisiques. Il y allait de la prison et même des galères, pour ceux qui tentaient de les conserver. L'autorité avait charge de désinfecter les chambres des malades en brûlant les portes et les fenêtres, et en renouvelant le mobilier. La maison dans laquelle mourait un poitrinaire était mise à l'index et le propriétaire se trouvait ruiné.

Ces prescriptions étaient la reproduction presque textuelle de celles qu'on avait édic-

S'appuyant, je crois, sur la pratique de Cazin, le Conseil d'administration de l'Assistance publique de Paris a décidé qu'à l'avenir le service médical de l'hôpital de Berck serait confié à un chirurgien. Plusieurs de nos confrères de la presse médicale, entre autres notre ami Marcel Baudouin, du *Progrès*, ont trouvé cette décision fâcheuse et M. Baudouin demande même à ses confrères de vouloir bien lui donner leur avis à cet égard.

A mon humble avis, je crois que c'est une grave erreur de considérer les malades de Berck comme ressortissant exclusivement à la chirurgie, et qu'on eût plus été dans le vrai en les considérant comme étant du ressort de la médecine. Que sont, en effet, ces malades?

Des enfants envoyés par les hôpitaux de Paris. Ils arrivent soit d'un service de médecine, soit d'un service de chirurgie. Dans le premier cas, le chirurgien n'a pas grand'chose à y voir; dans le second, il ne doit plus avoir grand'chose à y voir. Car on n'envoie des services de chirurgie que les enfants qui, entrés dans ces services pour une affection chirurgicale, sont guéris de cette affection. Dès lors, une fois arrivés à Berck, ce qu'on doit faire pour eux, c'est s'efforcer de prévenir, par un traitement interne auquel l'atmosphère maritime vient puissamment en aide, les récidives de l'affection ou l'apparition d'autres manifestations locales de la tuberculose. Ces enfants doivent donc, à leur arrivée à Berck, trouver surtout des soins médicaux. Je sais bien qu'un certain nombre d'entre eux, réséqués d'une articulation quelconque, peuvent encore porter des appareils; mais il n'y a pas besoin d'être un chirurgien de profession pour poser un appareil, ni même pour panser un trajet fistuleux; voire encore pour enlever un séquestre.

D'ailleurs, avec la nouvelle méthode de traitement des tuberculoses externes du professeur Lannelongue, qui va-t-on envoyer à Berck? Des enfants qui seront guéris tout à fait, sans fistules cette fois, d'adénites tuberculeuses, d'arthropathies tuberculeuses, de maux de Pott guéris ou en voie de guérison, d'abcès froids guéris? Quel sera donc maintenant le rôle du chirurgien à Berck?

---

tées contre la peste, à l'époque de ses grandes invasions, et elles ont été exécutées à Naples, dans toute leur rigueur, jusqu'en 1848.

Tous ces faits ont été rappelés par M. J. Rochard au cours d'une discussion à l'Académie de médecine l'année dernière, mais ils n'ont pas suffisamment attiré l'attention du grand public. Tout ce qu'on a pu obtenir au Congrès, c'est de lui faire adopter un vœu tendant à demander à l'administré de faire désinfecter les locaux dans lesquels auraient habité et seraient morts des phthisiques.

Quant à l'obligation de déclarer les décès de cette catégorie de malades, demandée par M. Arthaud, elle a rencontré une vive opposition, au nom du dogme du secret professionnel. C'est très bien, le secret professionnel, d'une manière générale, mais ce qui est mieux, c'est la santé publique et sa conservation. Je ne demande évidemment pas qu'on oblige les médecins à dénoncer les malades sous peine d'amende et d'exil, mais je demande qu'on prenne toutes les mesures possibles pour s'opposer à la propagation du mal, et la première condition à remplir, c'est évidemment de savoir où il est.

Le Congrès international d'hygiène de Londres a d'ailleurs été plus loin que celui de Paris, car il vient de voter la proposition suivante :

« Le Congrès est d'avis qu'il y a lieu de rendre la déclaration des cas de maladies infectieuses obligatoires, tant pour les médecins que pour les chefs de famille. »

On en viendra bien là en France, espérons-le du moins.

En Espagne, on était, il y a une cinquantaine d'années, bien plus sévère encore qu'en Italie à l'égard des poitrinaires.

Je fais une autre hypothèse, car enfin le programme du concours pour la place de Berck s'occupe bien de dire quel sera le titulaire, mais ne dit pas qu'il soit question de changer la clientèle de l'hôpital. Je suppose que, la guérison des tuberculoses locales ayant fait un grand progrès, on envoie immédiatement de nos hôpitaux à Berck, avant de les opérer, les enfants qui se présenteront à la consultation des hôpitaux de Paris. Ce serait un moyen tout trouvé d'utiliser les services du chirurgien de Berck. Mais cela n'est qu'une hypothèse, et je crois qu'elle n'est pas près de se réaliser, car les chirurgiens d'enfants, en leur qualité de princes de la science, ne laisseront pas volontiers partir, sans y avoir touché pour les guérir, bien entendu, les jeunes écrouelleux qui viendront à leur consultation.

Les choses restant en l'état, au point de vue de la clientèle hospitalière, j'en conclus donc que le titulaire du service de l'hôpital de Berck devrait être un médecin. Si l'on trouve que ce n'est pas suffisant, je veux bien qu'on lui adjoigne un chirurgien, mais en gardant entre les deux la proportion usitée dans les hôpitaux de Paris, c'est-à-dire un tiers ou un quart environ pour le chirurgien et le reste pour le médecin.

Le mieux serait évidemment que le chef du service de Berck fût un médecin selon le vœu de M. Verneuil ou de M. Bouchard, c'est-à-dire un médecin capable de pratiquer les opérations chirurgicales que peut nécessiter un tuberculeux à Berck, un médecin doublé d'un chirurgien. Cela peut se trouver. Si les hôpitaux marins prenaient vite toute l'extension qu'ils méritent et à laquelle ils sont évidemment appelés, il est bien évident que l'Assistance publique de Paris, ou des grandes villes auxquelles ils ressortiraient, auraient un ou plusieurs de ces hôpitaux dans leur ressort. Il faudrait alors des chefs de service médical instruits, ayant toute la compétence et inspirant toute la confiance désirables, c'est-à-dire d'anciens internes des hôpitaux. Ces internes, sachant qu'une place sérieuse peut les attendre à la fin de leur internat, pourraient s'y préparer à l'avance en passant deux années dans divers services de médecine, une année dans un service de chirurgie générale, et une année dans un service de chirurgie

---

George Sand a laissé dans sa *Correspondance* le récit de tous les ennuis qu'elle eut à subir, en Espagne, dans le voyage qu'elle y fit, en 1839, en compagnie de Chopin. Il était atteint, dès cette époque, de la phthisie, qui devait l'enlever dix ans plus tard, et il venait de s'établir à Mayorque avec George Sand. Voici comme celle-ci rend compte des incidents de la maladie :

« Au bout d'un mois, écrit-elle, le pauvre Chopin qui, depuis Paris, allait toujours toussant, tomba plus malade et nous fîmes appeler un médecin, deux médecins, trois médecins, tous plus ânes les uns que les autres, et qui allèrent répandre, dans l'île, la nouvelle que le malade était poitrinaire au dernier degré. Sur ce, grande épouvante. La phthisie est rare dans ces climats et passe pour contagieuse. Joignez à cela la lâcheté, l'égoïsme et la mauvaise foi des habitants. Nous fûmes regardés comme des pestiférés et de plus comme des païens, car nous n'allions pas à la messe.

« Le propriétaire de la petite maison que nous avions louée nous mit brutalement à la porte et voulut nous intenter un procès pour nous forcer à recrépir sa maison, infestée par la contagion. La jurisprudence indigène nous eût plumés comme des poulets. »

Les malheureux voyageurs se réfugièrent à Barcelone. Mais là leurs tribulations recommencèrent. Il leur fallut déguerpir encore et, lorsqu'ils quittèrent l'auberge dans laquelle ils étaient descendus, l'hôte voulut leur faire payer le lit où Chopin avait couché, sous prétexte qu'il était infecté et que la police lui ordonnait de le brûler.

C'était dur, c'est vrai, mais si l'humanité pouvait donner tort aux hôteliers espagnols, il faut bien reconnaître que la science leur donne raison.

d'enfants. Le concours ne serait plus alors qu'une formalité pour les doter d'un excellent service. Et, avant d'y entrer, ne pourraient-ils faire un stage comme chirurgiens du Bureau central, à la consultation de ce Bureau ou dans les hôpitaux d'enfants?

Mais alors le jury du concours ne devrait plus être composé de cinq chirurgiens et de deux médecins, mais de cinq médecins et de deux chirurgiens.

Voilà, à mon humble avis, ce que devraient être les hôpitaux marins pour enfants, et le corps médical chargé de donner ses soins aux jeunes tuberculeux envoyés à la mer par l'administration de l'Assistance publique de Paris ou d'ailleurs. Il ne faut pas oublier que ces jeunes malades ont surtout besoin d'un traitement adressé à leur état général, bien plus qu'à leur état local, et que, par conséquent, celui qui doit les soigner doit être plus médecin que chirurgien. — L.-H. PETIT.

Congrès international d'hygiène et de démographie tenu à Londres du 10 au 17 août (1).

SOMMAIRE : De la rage. — L'infection hémorrhagique. — Etiologie de la malaria. Le cancer est-il infectieux?

III

De la rage. — M. FLEMING a insisté sur les mesures préventives de la rage, mesures appliquées rigoureusement dans certains pays étrangers. A Berlin, où la muselière est employée, il n'y a plus eu de rage depuis 1883. A Vienne, où la maladie avait disparu à la suite de l'emploi de la même mesure, on a cru devoir y renoncer; aussitôt, la rage a fait son apparition et il a fallu de nouveau imposer le port de la muselière. En Hollande, les chiens sont tous muselés ; en Belgique, ils ne le sont jamais, aussi dans le premier de ces pays, la rage n'existe que sur la frontière. M. Fleming pense qu'il serait très facile

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

---

*
* *

Ce n'est seulement des vivants qu'il faudrait s'occuper mais aussi des morts. Quand on aura désinfecté tout ce qu'auront pu toucher les phthisiques soit directement, soit avec leurs déjections, sera-t-on sûr d'avoir tout fait pour prévenir la contagion? Est-on sûr que leurs cadavres ne sont pas dangereux? Que devient l'immense quantité de microbes contenue dans les poumons et dans les autres organes des tuberculeux au moment de leur mort? Combien dure leur virulence? Les bacilles de Koch enfouis dans la terre ne peuvent-ils au bout d'un temps donné, on ne connaît pas encore la durée, infecter les animaux ou les humains, à la manière des microbes du charbon et du tétanos?

Le Congrès international d'hygiène qui s'est tenu ces jours derniers à Londres s'est longuement occupé, dans l'intérêt de la santé publique, des moyens de faire disparaître notre dépouille mortelle, mais sans préciser les affections qui nécessiteraient plus spécialement cette destruction.

M. le professeur Brouardel a établi que la décomposition des cadavres confiés à la terre serait activée par un drainage d'air au travers du sol. Dans le même ordre d'idées, M. Seymour-Haden a parlé de la réforme soutenue par l'association de l'Eglise d'Angleterre sous le nom de « terre à terre ». Elle consiste à employer des cercueils en matériaux très facilement décomposables tels que la pulpe de bois, et à inhumer dans des terrains perméables à l'air.

de mettre l'Angleterre à l'abri de la rage et déplore que l'on ait cru devoir abandonner la prescription obligatoire de la muselière.

M. Roux a fait un exposé complet de la méthode Pasteur telle qu'elle est actuellement mise en œuvre. On donne les premiers jours des émulsions de moelle faibles qui sont très facilement supportés et ensuite on injecte sans danger les moelles actives. Depuis 1885, 9,465 personnes ont subi le traitement; il y a eu 90 morts par rage, ce qui donne une mortalité de 0,95 p. 100, la mortalité pour les personnes mordues non traitées étant de 12 à 14 p. 100. Si on retranche les sujets qui sont morts dans les premiers jours du traitement, alors que ce dernier n'avait pu produire son effet, la mortalité s'abaisse à 0,61 p. 100. La mortalité chez les personnes mordues à la tête est de 80 p. 100; 710 malades mordus ainsi par des chiens reconnus expérimentalement enragés ont donné 24 morts, soit une mortalité de 3,38 p. 100. Il n'y a pas, dans les moelles qui servent aux inoculations, atténuation véritable du virus, il est seulement modifié dans sa vitalité par l'influence de l'air et la dessication. A côté du virus que contiennent les moelles desséchées, il est probable qu'il se trouve des produits chimiques spéciaux résultant de la vie du microbe et qui jouent leur rôle dans la production de l'immunité. Habituellement, les personnes soumises au traitement ne souffrent pas, ne sont pas même indisposées; il y a quelquefois de la fatigue, de l'énervement, sensations qui se sont produites aussi chez des médecins inoculés sans avoir été mordus.

Quelquefois il se produit après les inoculations, surtout lorsqu'elles ont été commencées longtemps après la morsure, des symptômes rappelant ceux de la rage, douleur dans les nerfs partant de la blessure, faiblesse et hyperesthésie du membre mordu, aérophobie, gêne de la déglutition. On peut observer sur des chiens des phénomènes analogues, de telle sorte qu'il semble que la rage peut guérir lorsqu'elle a déjà commencé.

Lorsque les moelles sont bien conservées à l'abri du développement des microbes accidentels, les inoculations ne donnent jamais d'abcès.

Une première cause d'insuccès de la méthode pastorienne, c'est que le virus de la morsure parvient parfois aux centres nerveux pendant le traitement, alors que les injections n'ont pu modifier encore la moelle et l'encéphale. D'autre part, comme le virus peut persister dans le corps humain pendant des années, l'état réfractaire peut avoir cessé avant qu'il ait péri.

M. Nocard a pu préserver des moutons et des chevaux de la rage en leur injectant dans les veines du virus rabique. On n'a, comme mesure prophylactique, qu'à appliquer

---

D'autre part, Sir Henry Thompson, le chirurgien bien connu, le président de la Société de crémation d'Angleterre, M. Georges Salomon, ingénieur, secrétaire général, de la Société française de crémation, Sir Spencer Well, M. Caffort, de la préfecture de la Seine, se sont faits les champions du procédé plus expéditif de la crémation.

Ces derniers ont eu gain de cause et sur la proposition de M. Georges Salomon, le Congrès a émis le vœu que les gouvernements fassent disparaître les obstacles législatifs qui s'opposent encore à la crémation des cadavres et qu'ils organisent la crémation des corps sur les champs de bataille.

Tout cela est très bien; mais avant de demander la crémation obligatoire pour tous, qui paraît susciter tant d'obstacles et d'objections, pourquoi ne pas demander pour commencer la crémation des sujets morts de maladies infectieuses : fièvres éruptives, typhoïde, érysipèle, tuberculose, etc. Là, du moins, il n'y aurait que des avantages et pas d'inconvénients.

*
* *

Il n'y a pas de congrès sans excursions, les unes scientifiques, les autres industrielles, les autres..... semblables à celle que le Congrès international qui vient de se tenir à Londres a faite, à Osborne, pour voir S. G. M. la reine Victoria.

En effet, S. M. la reine d'Angleterre avait fait inviter un certain nombre de membres du Congrès, je dis des plus huppés, à venir lui présenter leurs hommages à Osborne,

les règlements déjà existants. En effet, l'obligation de la muselière et de la laisse conduisent à la disparition des chiens errants, les plus dangereux de tous.

M. Dysdale a demandé la construction d'un institut antirabique à Londres, ce qui a soulevé la protestation de Mme E. Blackwell.

Tous les orateurs ont rendu hommage à la méthode Pasteur et reconnu que son efficacité était prouvée. Tous ont aussi réclamé l'adoption de mesures préventives, telles que le port de la muselière et la laisse ; mais, ainsi que l'a dit M. Roux, on aura la plus grande difficulté, non pas à établir une législation convenable, elle existe presque partout, mais à appliquer cette législation. Beaucoup de propriétaires de chiens, ne voulant pas admettre que leur animal puisse être mordu, se refusent à le faire abattre lorsqu'il a été blessé par un chien suspect, etc. Cependant, à Paris, pendant les six mois qui ont suivi les six semaines où le port de la laisse a été imposé, le nombre des cas de rage est tombé de 125 à 25.

IV

M. Babès a fait une très intéressante communication sur l'*infection hémorrhagique*, ou maladie de Werlhof.

Comme dans la septicémie, on peut distinguer dans l'infection hémorrhagique, selon les espèces de microbes qui en sont la cause, trois groupes : *a*) un groupe d'infections produites par des bacilles spécifiques hémorrhagiques; *b*) un groupe de septicémies gangréneuses dont la complication hémorrhagique est causée par l'action de divers bacilles saprogènes associés ordinairement avec des microbes pathogènes, qui acquièrent dans l'organisme la faculté de pénétrer dans l'économie et de causer, par eux-mêmes ou par leurs produits chimiques, des hémorrhagies; *c*) les microbes de l'infection des plaies, et particulièrement certains streptocoques virulents produisant, en même temps qu'une sorte de septicémie, des hémorrhagies multiples.

Certains microbes spécifiques de l'infection hémorrhagique ressemblent aux microbes de la septicémie hémorrhagique des animaux; ces microbes ont produit une infection hémorrhagique liée, comme dans certaines septicémies hémorrhagiques des animaux, à des pneumonies ou à des néphrites.

Bien que les auteurs décrivent des cas purs d'infection hémorrhagique (maladie de Werlhof), une analyse attentive des observations, et surtout l'examen des cadavres, ont permis de reconnaître, au moins dans les cas examinés, une porte d'entrée de l'infection

---

dans l'île de Wight, où elle est actuellement en villégiature. Bien qu'on eût limité à quelques-uns par nationalité le nombre des voyageurs, ils étaient bien une soixantaine qui prirent place dans un train spécial, puis sur l'un des yachts de la reine, pour traverser la mer de Plymouth à Cowes, et enfin dans ses équipages jusqu'au Château, soit neuf heures de voyage, dont deux de séjour au château et une dépense de 30 shillings (le *Mercredi médical* dit 30 livres sterling, mais je crois qu'il y a erreur, à moins que ce ne soit le prix du train spécial entier) — le chemin de fer n'étant pas gratuit — pour savourer un lunch des plus médiocres dans une salle à part avec quelques chambellans et contempler la reine, les princes et les princesses pendant quelques instants.

Le correspondant du *Mercredi médical*, qui rapporte le fait, n'est évidemment pas au courant des excursions des Congrès, puisqu'il s'étonne qu'on dépense tant pour s'amuser si peu; mais, où je m'étonne moi-même, c'est qu'on ait fait payer le train spécial destiné à conduire à Plymouth les invités de la reine. Voilà une..... chose que n'aurait pas faite le roi de Danemark. Souvenez-vous du Congrès international de 1884. Il ne faut jamais l'oublier, et il faut en parler toujours.

Mais ce lunch, si médiocre fut-il, n'était pas évidemment la partie importante de l'excursion. Il fallait procéder aux présentations individuelles. Mais dans quel ordre? *That was the question.* Dans l'ordre alphabétique, direz-vous, et c'était bien ainsi que l'avait compris le maître des cérémonies. Mais l'ordre alphabétique de quelle langue? On sait que la cour d'Angleterre a des trésors d'amitié pour l'Allemagne, affaire d'origine, de tradition, et peut-être aussi effet de la présence en ce moment, chez son auguste

sous la forme d'une pharyngite, amygdalite, bronchite, entérite, d'une maladie ou d'une plaie de la peau ou du système uro-génital, enfin d'une maladie infectieuse antérieure.

Dans les cas d'infection hémorrhagique regardés comme purs et dus à un bacille spécifique (Kolb), il manque la description de l'état des amygdales, dont l'inflammation gangréneuse doit être regardée comme une des causes fréquentes de l'infection hémorrhagique.

On ne peut pas admettre, comme le veulent certains auteurs, une étiologie unique ni pour les différentes infections hémorrhagiques, ni pour certaines formes cliniques de cette affection ; cependant, il faut admettre qu'il y a des groupes limités de cas reconnaissant comme cause les mêms microbes. C'est ainsi que Tizzoni, Giovannini, Kolb et Babès ont eu affaire chacun à des cas d'infection hémorrhagique, dont chaque groupe est causé par un microbe spécial.

On peut assimiler les différents cas d'infection hémorrhagique, par leur étiologie variable et probablement aussi par leur nature secondaire, aux septicémies en général, et c'est surtout une inflammation, avec caractère putride, des amygdales et des bronches qui donne les infections hémorrhagiques qu'on avait regardées comme primitives.

Les microbes produisant l'infection hémorrhagique agissent donc ordinairement comme des parasites hémorrhagiques *facultatifs* et rarement *obligatoires*. Leur mode d'action consiste ou dans une dégénérescence des organes internes, notamment du foie, ou dans une modification particulière de l'organisme. Les cultures de certains de ces microbes, filtrées, des albumoses ou des enzymes tirées de ces cultures produisent même des hémorrhagies.

Etiologie de la malaria. — M. Laveran a rappelé les principaux caractères du parasite qu'il a découvert dans le sang. On trouve dans ce liquide :

1° *Des corps sphériques.* — Ces éléments, dont le diamètre varie de 1 à 8 ou 10 μ sont libres dans le sérum, ou bien ils adhèrent à des hématies qui pâlissent à mesure que grandissent les parasites; ils sont animés parfois de mouvements amiboïdes et ils renferment, sauf à leur premier degré de développement, des grains de pigment.

2° Sur les bords des corps sphériques arrivés à leur développement complet, on aperçoit quelquefois, dans le sang frais, des *flagella* en nombre variable animés de mouvements très vifs; ces flagella finissent par se détacher des corps sphériques et, devenus libres, ils se perdent au milieu des hématies.

3° *Des corps en croissant.* — Ces éléments sont cylindriques, plus ou moins effilés aux

---

aïeule, du prince Henri de Prusse. Toujours est-il qu'au moment de faire placer les visiteurs, on appelle en premier lieu les délégués de l'Allemagne, puis ceux de l'Autriche, et on allait peut-être passer à l'Italie, par une habitude que la Triplice n'aurait pas désavouée, lorsque l'un des délégués belges, notre excellent ami le docteur Janssens, fit brièvement observer qu'en Angleterre le vocabulaire anglais avait bien quelque raison d'être, et qu'en conséquence il serait logique de suivre l'ordre ci-après : Austria-Ungarn, Belgium, Danmark, Egypt, French, German Empire, etc.

Les gens de la cour se consultent du regard et, craignant sans doute quelque grosse affaire, prient les Allemands de faire demi-tour et d'aller se placer en arrière des Français.

O langue anglaise, voilà de tes coups! Et voilà comment pour une fois, savez-vous, grâce à l'alliance belge, MM. les Français ont pu tirer les premiers.... leur révérence à Sa Gracieuse Majesté la reine d'Angleterre.

***

En vacances, en voyage; et, en voyage, on lit. C'est pourquoi j'ai lu les mémoires du général de Marbot, dans lesquels j'ai trouvé une observation de plaie par arme à feu, bien intéressante par la nature du projectile, son trajet bizarre et l'habileté du chirurgien.

Le général de Marbot fut blessé devant Saragosse et porté immédiatement à l'état-

extrémités, d'ordinaire incurvés en croissant; ils mesurent de 8 à 9 μ de long; vers la partie moyenne, on distingue une tache noirâtre formée par des grains de pigment. Ces éléments peuvent prendre la forme ovalaire ou la forme sphérique; ils ne sont pas doués de mouvements.

4° *Des corps en rosace.* — Eléments régulièrement segmentés, avec un petit amas de pigment au centre; les segments prennent la forme sphérique au bout de quelque temps et l'élément se désagrège. Les corps en rosace paraissent correspondre, comme l'a dit Golgi, à un des modes de multiplication de l'hématozoaire. Enfin, on constate dans le sang des malades atteints de paludisme des leucocythes mélanifères. Les leucocythes s'emparent des parasites et c'est ainsi qu'ils deviennent mélanifères. Quelques observateurs disent avoir réussi à mettre en évidence des noyaux dans les corps sphériques et dans les corps en croissant. Les différentes formes sous lesquelles se présente le parasite du paludisme paraissent appartenir à un même sporozoaire polymorphe. Des hématozoaires analogues existent chez différents animaux, chez la grenouille, le lézard, la tortue des marais et certains oiseaux. Le parasite des oiseaux ressemble beaucoup à celui de l'homme, mais il s'observe chez des animaux provenant de régions non palustres et ne donne naissance à aucun trouble morbide.

MM. Crookshank et Hueppe admettent que les accidents de la malaria sont causés par un parasite et que, probablement, ce dernier est bien celui décrit par M. Laveran.

M. W. Vorth pense, au contraire, qu'il s'agit d'un autre micro-organisme, car on n'a découvert le plasmodium ni dans l'air, ni dans la terre, ni dans l'eau, et l'injection intraveineuse d'une infusion de terre recueillie dans un endroit à malaria n'a pas provoqué d'accidents caractéristiques.

La découverte de M. Laveran ne rencontre plus que de rares contradicteurs; elle a été vérifiée par un grand nombre d'observateurs de différents pays et les travaux du médecin du Val-de-Grâce font le plus grand honneur à la science française.

La nécrose bactérienne du foie. — Il s'agit là, dit M. J. Hamilton, d'une maladie déjà étudiée par Eberth, Schütz, Mac Fadyean et Wilks. Elle se caractérise par des nodules arrondis ou à contour irrégulier situés dans le parenchyme du foie, soit profondément, soit plus près de la surface, et donnant lieu à des bosselures. En règle générale, ces masses sont dures, de couleur jaune et ressemblent aux néoplasmes. Par le microscope, on peut constater qu'elle ne sont autre chose que des fragments de la substance hépa-

---

major du maréchal Lannes, où on ne lui donna plus que quelques instants à vivre. Le docteur, qui s'appelait Assalagny (peut-être Assalini) affirma le contraire et s'empressa de faire le pansement. La page est trop curieuse pour n'être pas reproduite.

« Le docteur visita ma blessure et reconnut que j'avais reçu dans le corps un projectile dont la forme devait être *plate*, puisqu'il avait passé entre deux côtes sans les briser, ce que n'aurait pu faire une balle ordinaire. Pour trouver ce projectile, Assalagny enfonce une sonde dans la plaie... Il ne trouve rien! Sa figure devient soucieuse, et voyant que je me plains d'éprouver les plus vives douleurs dans les reins, il me place sur le ventre et visite mon dos. Mais à peine a-t-il touché le point où les côtes aboutissent à l'épine dorsale, que je ne pus retenir un cri. Le projectile était là! Assalagny, s'armant alors d'un bistouri, fait une grande incision, aperçoit un corps métallique se présentant entre deux côtes, et veut l'extraire avec des pinces. Mais ne pouvant y parvenir, malgré de violents efforts qui me soulevaient, il fait asseoir un de mes camarades sur mes épaules, un autre sur mes jarrets, et réussit enfin à arracher une balle de plomb du plus fort calibre, à laquelle les fanatiques Espagnols avaient donné la forme d'un petit écu, en l'aplatissant à coups de marteau. Une croix avait été gravée sur chaque face; enfin, des entailles pratiquées tout autour faisaient ressembler cette balle à la roue d'une montre. C'étaient ces espèces de dents qui, s'étant prises entre les muscles, avaient rendu l'extraction si difficile. La balle ainsi écrasée, présentant trop de surface pour entrer dans un fusil, avait dû être lancée par un tromblon; se présentant de biais, elle avait agi comme un instrument tranchant, passé entre deux côtes, contourné l'intérieur du coffre

tique en état de nécrose. Toutefois, la forme des cellules et la disposition des lobules sont plus ou moins conservées. Le tractus nécrosé traverse souvent un lobule ou bien en enlève une certaine partie, ce qui prouve que la lésion ne dépend pas d'un trouble de l'appareil vasculaire. A l'intérieur des vaisseaux portes, ou envahissant les bords de la masse nécrosique, se trouvent de nombreuses colonies de microbes, le plus souvent des bacilles. Le processus dépend évidemment de la présence de ces collections microbiennes, mais il n'y a ni suppuration ni lésions secondaires dans d'autres organes. L'étiologie de la maladie est mal connue; Schütz prétend l'avoir inoculée à des lapins et à des souris.

Le cancer est-il une maladie infectieuse? — Pour M. Delépine, il est probable, mais non certain, que les psorospermies existent dans des tumeurs épithéliales, dans la maladie de Paget, du mamelon; cependant, on doit conserver des doutes, car on n'a pas suivi complètement le développement des coccidies.

MM. Shattock et Ballance ont réuni un certain nombre d'arguments en faveur de l'origine infectieuse du cancer. La maladie est très fréquente dans certains pays, les surfaces muqueuses s'inoculent facilement au contact des surfaces cancéreuses, la tumeur se développe fréquemment sur les points exposés aux traumatismes, il y a d'abord développement local. Le cancer augmente de fréquence en Angleterre.

MM. Duplay et Cazin ont très souvent trouvé, dans les cancers épithéliaux qu'ils ont examinés, toute une série de figures qui correspondent évidemment à la plupart des formes parasitaires décrites dans le cancer et qui peuvent faire songer à des parasites enkystés et, en particulier, aux coccidies pendant les stades qui précèdent la période de reproduction. Mais ils n'ont jamais pu distinguer aucune formation qui pût être regardée comme correspondant à la période de reproduction des éléments considérés comme parasitaires, et il leur a paru que ce ne pouvait être que dans certaines formes irrégulières des divisions indirectes des cellules qu'il fallait chercher les figures qui avaient pu être interprétées comme des stades de reproduction par les auteurs qui, comme Nils Szœbung, ont décrit dans le cancer des kystes sporifères.

Dans les épithéliomes pavimenteux lobulés, on observe constamment des corps qui ressemblent à des parasites enkystés et qui ne sont que le résultat d'une évolution cellulaire en rapport avec la formation des globes épidermiques. Il n'est pas rare d'observer, dans les globes épidermiques en voie de formation, des leucocythes interposées entre

---

pour sortir de la même façon qu'elle était entrée, en conservant heureusement assez de force pour traverser les muscles et les chairs du dos. »

Le blessé guérit parfaitement et vécut encore longtemps. Ce fut un des héros de la bataille de Wagram et de bien d'autres de cette glorieuse épopée.

*
* *

Des médailles d'honneur et des mentions honorables viennent d'être décernées aux personnes qui ont accompli des actes de courage et de dévouement pendant le mois de juillet 1891.

Parmi ces personnes, nous sommes heureux de relever et de signaler le nom de M. Bourgeon, étudiant en médecine, qui a obtenu une médaille d'argent de seconde classe.

Simplissime.

Potion antidyspeptique.

Bicarbonate de soude	1	gramme.
Teinture de rhubarbe	3	grammes.
Infusion de colombo	50	—
Sirop de chicorée	10	—

F. s. a. une potion à donner par cuillerées à café, aux enfants atteints de dyspepsie avec borborygmes et éructations acides. — N. G.

la cellule centrale et les cellules voisines, et il peut arriver qu'un de ces éléments se trouve appliqué contre la cellule centrale d'une façon si intime qu'il paraît se confondre avec elle, et cette apparence peut alors faire croire à l'existence d'un noyau appartenant à la cellule centrale et rejeté à sa périphérie, ce qui permettrait d'adopter à tort la conception d'un élément parasitaire vivant à l'intérieur de la cellule centrale.

MM. Duplay et Cazin ne pensent pas, d'ailleurs, que les figures que présentent les globes épidermiques en voie de formation aient pu seules donner naissance aux interprétations favorables à la théorie psorospermique des cancers épithéliaux. Dans ces tumeurs, on trouve, en effet, un grand nombre de figures de divisions indirectes des cellules cancéreuses, qui présentent les plus grandes ressemblances avec certaines des figures représentées comme correspondant à différents stades de l'évolution des parasites du cancer.

En résumé, étant donnée l'absence complète de formes de reproduction absolument indiscutables, on n'est pas autorisé à admettre l'existence de coccidies dans les cancers épithéliaux, et, en présence des divergences d'interprétations qui existent actuellement sur cette question, basées uniquement sur des examens microscopiques, il semble que la solution du problème ne pourrait être définitivement acquise, en faveur de la nature psorospermique du cancer, que par les résultats des inoculations permettant de suivre l'évolution des parasites.

Les auteurs ajoutent quelques mots au sujet des *corps à fuchsine* décrits par Russell comme des champignons parasites, caractéristiques du cancer; ils ont longuement étudié ces corps, les ont trouvés non seulement dans le cancer, mais dans de nombreux tissus pathologiques non cancéreux, et ont pu en outre se convaincre qu'il s'agissait non pas de parasites, mais de produits de dégénérescence cellulaire.

(*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

Guide pratique d'accouchements, conduite a tenir pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, par le docteur Bureau, professeur agrégé d'accouchement. — Paris, Société d'éditions scientifiques, 1891.

L'auteur a voulu réunir en un petit volume l'exposé critique des meilleures méthodes de traitement usitées en obstétrique; pour cela, il a dû rappeler brièvement, à propos de chaque cas particulier, les principaux caractères cliniques : c'était le seul moyen de présenter la thérapeutique la plus rationnelle.

Les médecins qui font des accouchements, les sages-femmes, les étudiants qui suivent les exercices dans les maternités, trouveront exposées dans « Le guide d'accouchement » les notions pratiques indispensables pour diriger leur conduite dans tous les accouchements simples ou compliqués. Enfin l'ouvrage renferme autant de figures que cela est nécessaire. — P. Ch.

REVUE DES JOURNAUX

De la circulation intermédiaire de la graisse à travers le foie; son importance physiologique et ses rapports avec l'ictère des nouveau-nés, par Rosenberg. (*Virchow's Archiv.*, Bd CXXIII, p. 17.) — **La circulation intermédiaire de la graisse à travers le foie et la vésicule biliaire**, par Virchow. (*Ibidem.*, p. 187.) — En 1857, Virchow, se basant sur des données histologiques, avait exprimé l'opinion que la vésicule biliaire est non seulement un réservoir de graisse, mais qu'il s'y fait encore en même temps une résorption de graisse. Cette opinion fut combattue par Chauffard et Dupré. Pour éclaircir la chose par des expériences, Rosenberg recueillit la bile de deux gros chiens porteurs de fistules de la vésicule pendant plusieurs heures de

la digestion, après une alimentation graisseuse abondante. La bile recueillie fut centrifugée dans des tubes étroits en verre. Dans ces expériences, Rosenberg ne trouva jamais de graisse ni dans les quatre premières heures de la digestion ni plus tard, jusqu'à la neuvième heure. Le microscope même ne put déceler de corps gras. Comme ces expériences ne permettaient aucune conclusion sur l'état normal, Rosenberg nourrit ses chiens avec beaucoup de graisse, puis, au bout de six heures et de quatre heures et demie, il lia le canal cystique et établit une fistule biliaire. Dans la bile recueillie, il trouva, au microscope, des gouttes graisseuses évidentes. La graisse peut arriver dans le foie ou par la voie des veines portes, ou par l'artère hépatique, en passant par le canal thoracique. Vraisemblablement, cette arrivée a lieu par les deux voies. Pour savoir si la graisse est aussi résorbée par la vésicule biliaire, Rosenberg tua des animaux après les avoir nourris de graisse, enleva aussitôt la vésicule, fit des coupes au microtome après congélation ou au rasoir. Il vit toujours, à toutes les périodes de la digestion, des gouttelettes de graisse déposées dans l'épithélium, mais jamais il ne vit une progression de la graisse de la face libre de l'épithélium au côté adhérent, et jamais de graisse vers le côté adhérent. Rosenberg croit donc qu'il ne se fait pas de résorption de graisse dans la vésicule biliaire. Il croit même que cela est impossible, parce que, d'après ses expériences et celles de Zuntz, encore inédites, la présence du suc pancréatique est absolument nécessaire pour la résorption de la graisse même dans l'intestin.

Immédiatement après l'accouchement, la bile n'a pas de graisse, et cependant l'ictère des nouveau-nés survient peu après l'accouchement. Dans la vie fœtale même, la bile n'est produite qu'en très petite quantité; la première ingestion de nourriture excite vivement la sécrétion de la bile, la vésicule biliaire se remplit, une grande quantité de bile peut être résorbée et l'ictère se produit. Mais, dès les premières périodes de la digestion, des gouttelettes de graisse arrivent dans la vésicule biliaire, elles couvrent progressivement l'épithélium et s'opposent à la résorption ultérieure de la bile.

Répondant à Rosenberg, Virchow dit avoir trouvé des gouttelettes de graisse non seulement à la surface de l'épithélium de la vésicule biliaire, mais dans les cellules même, dans la muqueuse, dans son tissu conjonctif et ses vaisseaux lymphatiques. Souvent, les cellules ne sont parsemées de graisse qu'à leur surface libre, d'autres fois seulement vers leur côté adhérent. Chez les jeunes chats ou chiens, Virchow trouva aussi que, si l'on tue les animaux de très bonne heure après un repas, les cellules ne contiennent de graisse qu'à leur surface, tandis que, chez les animaux tués plus tard, l'épithélium présente une réplétion complète et que, chez ceux tués à la fin de la digestion, la partie superficielle des cellules n'a pas de graisse, pendant que la partie profonde en est encore remplie. Virchow conclut de là que la graisse est résorbée dans la vésicule biliaire.

P. N.

De quelques nouvelles médications.

FORMULES POUR L'EMPLOI DES ACIDES MINÉRAUX DANS LE TRAITEMENT DU CATARRHE GASTRIQUE AVEC HYPOCHLORHYDRIE, par M. le docteur COUTARET.

Acide sulfurique chimiquement pur........... 28 grammes.
Acide nitrique chimiquement pur.............. 8 —

Mêlez, placez le mélange dans la glace et ajoutez très lentement :

Alcool de vin à 80° Cartier..................... 180 grammes.

F. s. a. — A prendre XX gouttes après les repas dans un demi-verre à bordeaux d'eau, de vin ou de bière.

Ce mélange, que l'auteur appelle acide sulfonitrique rabelisé, doit être fait huit à dix mois avant de l'employer.

On évite l'emploi des gouttes par la prescription suivante :

Acide sulfonitrique rabelisé vieux.............. 40 grammes.
Eau .... 500 —

Mélez. — Une cuillerée à bouche dans un peu d'eau après les repas. On peut doubler la dose ou en donner une seconde la troisième heure de la digestion. — P. N.

COURRIER

Faculté de médecine de Nancy. — M. le docteur Heydenreich, professeur de clinique externe, est nommé doyen, pour une période de trois ans.

Institut vaccinogène de Turquie. — On dit que, par ordre du Sultan, il sera créé prochainement à Constantinople un Institut vaccinogène.

— Le bureau du dernier Congrès de chirurgie et ses anciens présidents avaient demandé la croix de chevalier de la Légion d'honneur pour nos collègues étrangers : MM. Jules Bœckel (de Strasbourg); Thiriar (de Bruxelles) et Roux (de Lausanne).

M. Ribot vient d'informer ces Messieurs que ces nominations sont signées par le Président de la République.

Institut Koch a Berlin. — L'inauguration de l'Institut affecté à l'étude et au traitement des maladies infectieuses a eu lieu à Berlin, en présence du docteur Koch et de ses assistants. Dans la soirée, on a ouvert une première salle de six lits pour malades atteints d'affections pulmonaires.

Bulletin bibliographique

Etude médico-légale sur la simulation des maladies mentales, par le docteur A. Froment, médecin inspecteur du service des aliénés de la Somme. Brochure in-8°. — Prix : 2 francs.

Des tumeurs incluses dans les ligaments larges, par le docteur Charles Lassalle, interne des hôpitaux de Montpellier. Brochure grand in-8°. — Prix : 3 francs.

Ces ouvrages se trouvent à Paris, chez G. Masson, libraire-éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

Sophistication et analyse des vins, par Armand Gautier, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, professeur de chimie à la Faculté de médecine de Paris. Quatrième édition entièrement refondue. 1 vol. in-18 de 356 pages avec figures et 4 planches noires et coloriées, cartonné. — Prix : 6 francs.

Etude critique sur l'étiologie du paludisme, par le docteur J. Doulet, ancien interne des hôpitaux de Marseille. Gr. in-8°. — Prix : 3 fr. 50.

Ces ouvrages se trouvent à Paris, chez J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Précis théorique et pratique de neurohypnologie, par le docteur Paul Joiré.

Cet ouvrage se trouve à Paris, chez Maloine, éditeur, 91, boulevard Saint-Germain.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital des Enfants-Malades. — M. le docteur J. Simon.

Accidents prémonitoires de typhlites, pérityphlites et appendicites.

Messieurs,

Les récents progrès de la chirurgie ont permis d'obtenir de très beaux résultats dans le traitement des abcès de la fosse iliaque, des perforations de l'appendice et des péritonites consécutives.

Cependant, avant que les accidents ne se soient assez développés pour que la chirurgie puisse intervenir, il y a une période prémonitoire pendant laquelle, nous, médecins, nous pouvons beaucoup. Si nous intervenons judicieusement à ce moment, il nous est possible de préserver le malade d'accidents formidables qui mettent sa vie en danger.

Il y a toujours une période prémonitoire qui se caractérise par de l'obstruction, ou plutôt de la paresse cœcale plus ou moins accentuée. Mais il faut songer à la possibilité de ces accidents et les chercher, sans cela ils passent facilement inaperçus.

Nous avons en ce moment, dans nos salles, un enfant de 9 ans qui est atteint de pérityphlite et attribue les accidents dont il souffre à un coup reçu la veille de son entrée. En interrogeant les parents, nous avons découvert que le petit malade souffrait depuis déjà plusieurs mois, les douleurs s'étant accentuées depuis deux mois surtout. Il y avait en même temps une telle constipation que l'enfant ne pouvait sortir. Le choc n'a donc agi que comme cause occasionnelle, en rendant aigus des accidents jusque-là chroniques.

Permettez-moi de vous citer un autre exemple. Une petite fille qui souffrait depuis son enfance d'une constipation opiniâtre fut prise d'accidents du côté du cœcum à l'âge de 6 ans. Je pus la traiter de suite, et, en trois semaines, j'obtenais la guérison à peu près complète; il ne restait qu'un peu de rénitence profonde dans la région iliaque droite. Puis je conseillai aux parents de surveiller leur enfant de près, en leur disant que cette maladie était souvent suivie de rechute, et que ces rechutes pouvaient être fort graves. Les personnes à qui l'on confie les enfants ne savent pas toujours qu'il ne suffit pas seulement qu'ils aillent chaque jour à la garde-robe, mais que l'on doit encore surveiller les selles afin de se rendre compte directement de leur quantité et de leur qualité. L'hygiène que j'avais prescrite ne fut pas observée, et la petite malade succomba un an plus tard à des accidents très brusques d'appendicite perforante. Ces accidents affec-

tèrent une marche des plus aiguës, et on aurait cru que l'enfant n'avait rien eu de ce côté si je n'avais pu mettre le médecin traitant au courant des antécédents. Chez cette enfant, la constipation persistante avait distendu le cœcum qui s'était enflammé ainsi que l'orifice de l'appendice; cet orifice avait alors laissé pénétrer des parcelles de matières solides dans la cavité appendiculaire, d'où ulcération et perforation.

Cette évolution s'observe dans tous les cas d'appendicites, et les malades peuvent échapper aux accidents graves, lorsqu'ils suivent une hygiène appropriée.

La constipation existe avant l'empâtement cœcal. Tantôt le malade guérit après quelques alternatives s'il se soigne convenablement; tantôt les accidents de la typhlite ou de l'appendicite finissent par éclater.

L'appendicite existe dans tous les cas graves, mais elle est toujours précédée d'un état préalable de paresse intestinale. Outre les formes aiguës, M. le docteur Talamon a décrit une forme subaiguë, lente, de l'appendicite; il admet aussi l'existence de ce qu'il appelle la colique appendiculaire. Dans ce cas, un corps étranger pénétrerait dans l'appendice, mais n'y resterait qu'un temps limité. Pour M. le docteur Leroux, il n'y a plus de typhlite ni de pérityphlite, mais une appendicite. Il est évident que l'appendicite entraîne des abcès, des adhérences et qu'elle peut être suivie du passage de corps étrangers dans le péritoine, mais ce ne sont là que des accidents consécutifs qui dépendent directement de la période prémonitoire. Les phénomènes prémonitoires se prolongent des mois et des années, mais leur interprétation exacte est souvent méconnue. Le diagnostic exact offre, dans ces cas, un intérêt extrême; car, d'une part, on peut alors empêcher la maladie d'arriver à la période des accidents chirurgicaux, et, d'autre part, on peut combattre les accidents, déjà graves en eux-mêmes, qu'elle peut entraîner dans ses formes purement médicales.

Les accidents débutent communément vers l'âge de 7 ans, et on peut décrire trois périodes dans la maladie : 1° période où il y a une simple constipation; 2° période pendant laquelle le cœcum s'engorge; 3° période caractérisée par de l'intoxication stercorale et des troubles du côté de l'état général.

La constipation du début est permanente et elle persiste sans qu'il y ait de faute dans le régime; on peut cependant remarquer que les enfants mangent beaucoup et mâchent mal leurs aliments. Assez fréquemment il y a de temps à autre des débâcles et des moments pendant lesquels l'enfant pâlit, perd son appétit et son entrain. La palpation permet de constater la présence des matières dans le cœcum et l'intégrité de la région une fois que ces matières sont évacuées.

Bientôt le cœcum s'enflamme et l'exploration ne trouve jamais la région aussi souple que dans l'état normal. Le sommeil devient mauvais, agité; les maux de tête apparaissent, l'appétit diminue de plus en plus et la digestion finit par être très difficile. Très souvent, à cette période de la maladie, on peut constater que les petits malades ont de temps à autre un mouvement fébrile passager. Fréquemment, aussi, il y a des douleurs dans la fosse iliaque. Ces douleurs, plus ou moins aiguës, gênent parfois assez la marche pour que l'on puisse penser à une coxalgie, et présentent souvent des exacerbations passagères pendant lesquelles le malade est pris de nausées et de vomissements.

L'état général se prend de plus en plus, l'anémie se prononce et les mou-

vements fébriles irréguliers, l'empâtement abdominal, l'amaigrissement et la faiblesse peuvent faire songer à la tuberculose péritonéale. Le malade peut encore guérir, mais lentement et difficilement, et, d'autre part, la mort peut survenir même sans qu'il y ait de complications chirurgicales.

Dans certains cas, la physionomie de la maladie devient différente, par suite de la prédominance des accidents réflexes, maux de tête, troubles dyspeptiques, etc.; il faut chercher derrière eux la lésion intestinale.

Vous comprendrez facilement, du reste, que des accidents de ce genre peuvent évoluer fort irrégulièrement et qu'il y a souvent des alternatives d'amélioration et de rechute.

La pérityphlite peut s'observer aussi bien à la première qu'à la seconde période de la maladie, tandis que, chez certains malades, elle est très tardive. Par contre, je pense qu'il est fort rare que les pérityphlites apparaissent sans avoir été précédées d'une période de constipation. Théoriquement, la perforation par un corps étranger est possible sans qu'il y ait de lésion antérieure, mais dans l'engorgement, comme l'orifice se dilate, l'entrée d'un corps quelconque est rendue beaucoup plus facile. Il est donc probable que l'appendicite est le plus souvent secondaire.

Lorsqu'il y a suppuration du péritoine péri-cœcal, la situation devient beaucoup plus grave. L'évacuation du pus peut se faire dans les organes creux environnants et même dans la plèvre.

Même dans les cas les plus graves, l'intervention chirurgicale peut être suivie de succès, mais je tiens à vous répéter qu'un diagnostic précoce permettra souvent de ne pas y avoir recours et d'éviter des accidents persistants. En effet, l'inertie du cœcum persiste souvent après l'évacuation du pus et reste accompagnée de ses accidents habituels.

En réalité, le diagnostic exige surtout une grande attention. Si vous êtes consulté pour un enfant qui se plaint de mal de tête, de dyspepsies, qui a maigri et se développe mal, une palpation de la région cœcale vous permettra de reconnaître l'engorgement. Ce dernier doit être distingué de différentes affections qui s'accompagnent d'empâtement : abcès par congestion, abcès périnéphrétique, orchite d'un testicule en ectopie, adénopathies, etc. Souvent on constate en même temps que les matières stagnent aussi dans l'S iliaque.

Il est très difficile de savoir exactement à quelles lésions du cœcum et de l'appendice on a affaire, si les parties sont profondément enflammées. Il faudra examiner les selles afin de voir s'il y a de l'entérite glaireuse, chercher s'il persiste de l'empâtement lorsque les matières fécales ont été complètement chassées par un purgatif.

L'étiologie de la maladie dont nous nous occupons offre quelques points intéressants. Souvent les petits malades ont eu de l'entérite grave dans la première enfance, fréquemment il y a une véritable hérédité, les parents ayant présenté les mêmes accidents. On a affaire à des enfants nerveux, tendant vers l'hystérie ou l'épilepsie. La principale cause occasionnelle consiste dans les écarts de régime. Il faut rejeter les aliments grossiers et mal cuits, recommander aux enfants de ne pas manger trop vite et de bien mâcher. D'autres fois, on peut incriminer un coup ou une chute, du refroidissement, un bain froid, l'ingestion d'une boisson glacée.

Le traitement diététique de la maladie est facile à instituer. Le malade devra manger à heures fixes, et se contenter, le soir, d'un repas léger. On

insistera sur les purées, les viandes très cuites, et, comme boisson, on donnera de la bière coupée d'eau de Seltz ou d'une eau minérale légère.

Il ne faut pas recourir aux purgatifs énergiques, mais s'adresser aux corps gras. On pourra prescrire l'huile d'amandes douces additionnée de quelques gouttes d'huile de ricin, des graines de lin ou de psyllium (une cuillerée à bouche) macérés dans un demi-verre à bordeaux d'eau de Montmirail ou de Châtel-Guyon. Une demi-cuillerée à café (ou une cuillerée selon l'âge) de ricinol sera fort bien acceptée et produira de bons effets.

Dans les cas plus marqués, les extraits de belladone et de jusquiame, un centigramme de chaque dans une pilule (2 à 3 pilules chez un enfant de 4 ans), seront indiqués. On pourra alterner avec l'usage de la noix vomique sous forme de teinture de Baumé, à la dose de une goutte au début de chaque repas.

Enfin les frictions, le massage, l'électrisation galvanique ou faradique peuvent être fort utiles. En dernier ressort, on aura recours aux eaux minérales : Châtel-Guyon au début, Plombières quand l'estomac semble malade, Royat chez les nerveux et les herpétiques. Les bains de mer sont contre-indiqués.

Congrès international d'hygiène et de démographie tenu à Londres du 10 au 17 août (1).

Sommaire : De l'immunité.

V

De l'immunité. — La seule façon, en dehors de la variole, de conférer l'immunité à l'égard d'une maladie, est, dit M. Roux, l'inoculation d'une culture atténuée des microbes de cette maladie ou celle d'une substance sécrétée par ces microbes. M. Pasteur a imaginé deux principaux moyens d'atténuation des virus : l'exposition prolongée des cultures à l'air; le passage du virus à travers l'organisme d'un certain nombre d'animaux. Quelle que soit la méthode choisie, il faut procéder avec douceur et lenteur, car, si on atténue trop rapidement, le vaccin devient inactif.

Au début, on n'a employé que les organismes atténués eux-mêmes; mais ensuite on a vu que l'immunité peut être produite par l'inoculation des produits fabriqués par le microbe. Selon la dose que l'on injecte, ces produits donnent la maladie ou vaccinent contre elle.

Ils sont peu stables, beaucoup ne résistent pas à la filtration à travers la porcelaine. Mais on a découvert le moyen de détruire les micro-organismes en laissant intactes les substances fabriquées par eux. On emploie, pour cela, des huiles essentielles, telles que celles de girofle, de moutarde, et on les fait ensuite évaporer dans le vide; il ne reste plus, dans le liquide, que les produits chimiques.

Ces produits ne se rencontrent pas toujours dans les cultures et le microbe ne les fabrique que dans certains milieux; ils appartiennent à la classe des albumoses.

Pour produire l'immunité, il est nécessaire d'administrer les substances vaccinantes à doses faibles et graduellement croissantes. Est-ce la même substance qui a produit des effets contraires suivant la dose? M. Bouchard admet qu'il s'agit de produits différents, et c'est ce qui semble résulter des travaux les plus récents.

Un des principaux moyens de défense de l'organisme est la phagocytose. Cependant, il y a des maladies, comme la tuberculose et la lèpre, dans lesquelles la phagocytose est très intense et qui sont cependant très graves; il y a donc des cas où l'organisme est habituellement trop faible pour se défendre. Les microbes doivent non seulement être

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 27 et 29 août 1891.

absorbés par les phagocytes, mais encore digérés. La phagocytose n'existe chez un animal que lorsqu'il est réfractaire, elle manque ou se fait mal dans le cas contraire. Même, quand il s'agit de sujets réfractaires, les microbes se développent quand ils sont à l'abri de l'action des phagocytes, dans la chambre antérieure de l'œil, par exemple. Dans les phagocytes, les microbes sont en pleine vitalité et conservent leurs mouvements.

D'après la théorie de Metschnikoff, les phagocytes s'emparent des microbes, par suite d'une sorte de sensibilité tactile, qu'ils possèdent du reste pour tous les corps étrangers, et l'immunité à la suite d'une vaccination résulte de ce que les phagocytes sont devenus plus capables de vaincre, ayant déjà lutté contre un virus atténué. Les produits que sécrètent les microbes agissent chimiquement sur les phagocytes qui sont attirés par eux. Quand le poison est en trop grande quantité, les cellules migratrices sont tuées et le microbe prolifère sans gêne. Certains virus, celui du choléra des poules, par exemple, repoussent les phagocytes; mais cette action de répulsion disparaît si l'animal a été inoculé convenablement et la phagocytose se produit lors d'une nouvelle injection. Il faut que les phagocytes puissent arrêter la maladie au début; leur intervention tardive est sans effet, par suite de la quantité de poison qui a été sécrétée par le microbe. Du reste, il peut y avoir pour l'organisme d'autres modes de protection que la phagocytose.

Pour M. Buchner, l'immunité tient, d'une part, aux propriétés spécifiques des agents morbides; d'autre part, à celles de l'organisme. Cette immunité ne peut être conférée par les toxines; en effet, elle peut résulter de l'action de saprophytes et de l'inoculation de cultures ne renfermant pas de ces substances. Peut-être dépend-elle des corps albuminoïdes que contient le protoplasma de la bactérie et qui sont mis en liberté à la mort de cette dernière; c'est ainsi que l'on peut expliquer l'action des cultures filtrées et stérilisées. Les protéines ont une action différente de celle des toxines; elles provoquent l'inflammation des parenchymes et la leucocytose. La guérison est une immunité définitive ou passagère, et peut-être doit-elle être attribuée, au moins dans certains cas, à un processus inflammatoire que provoquent les protéines.

On a tenté d'expliquer l'action de l'inflammation sur les bactéries par plusieurs hypothèses.

La phagocytose a contre elle des objections nombreuses. Peut-être si les leucocytes sécrètent des substances nuisibles aux bactéries, peuvent-ils élever contre elles une sorte de barrière. Enfin, il peut y avoir sécrétion de substances du même genre par les cellules fixes des tissus enflammés.

L'immunité naturelle ou acquise peut dépendre de l'épuisement du milieu nutritif; cet épuisement n'est guère probable, car l'organisme est très riche en substances albuminoïdes. Peut-être les albuminoïdes deviennent-ils inassimilables pour les bactéries dans certaines conditions.

La phagocytose ne joue pas le rôle principal dans la défense de l'organisme; elle manque dans le charbon inoculé aux animaux réfractaires, existe d'une façon très intense dans des injections mortelles; enfin, elle dépend de la mise en liberté des protéines et est, par conséquent, secondaire.

Chauveau et Arloing ont pensé qu'il pouvait exister dans les liquides organiques des substances protectrices et leur idée a été confirmée par la découverte de la propriété bactéricide du sérum sanguin, qui augmente quand un animal est rendu réfractaire.

L'action bactéricide persiste dans les solutions diluées, disparaît à une haute température et existe non seulement dans le sérum qui vient de sortir immédiatement des vaisseaux, mais encore dans le sang circulant.

Souvent le sérum du sang d'un animal peut tuer bien plus de bacilles qu'il n'en faut pour tuer l'animal lui-même. Cela tient à ce que les microbes injectés s'arrêtent dans les capillaires où il ne passe que peu de sang en un temps donné; alors les microbes ont le temps de former un foyer d'infection locale.

M. Hankin défend la théorie de l'action bactéricide du sérum sanguin. Bouchard a montré que l'action bactéricide du sérum est beaucoup augmentée vis-à-vis d'un microbe, quand on le rend réfractaire à la maladie que cause ce microbe. Bihring et Kitasato ont réussi à rendre des lapins réfractaires au tétanos et à la diphthérie. Le sérum

d'un lapin rendu réfractaire à cette dernière ne tue pas le microbe, mais détruit le poison qu'il sécrète, poison qui est surtout redoutable, puisque les bacilles, dans la diphthérie, restent localisés sur place et que ce sont les toxines qu'ils sécrètent qui infectent l'économie. S'appuyant sur ces découvertes, M. Hankin formule la théorie de l'immunité de la façon suivante : l'immunité, naturelle ou acquise, est due à la présence de substances qui sont produites par le métabolisme des animaux plutôt que par celui du microbe ; ces substances ont le pouvoir de détruire soit le microbe contre lequel l'immunité est acquise, soit les produits d'où dépend son action pathogène.

M. Hankin pense que la substance qui jouit de la propriété bactéricide dans le sérum est une substance protéide appelée *globuline cellulaire* β. Elle détruit les bacilles du charbon et existe dans le sang des animaux qui peuvent contracter la maladie aussi bien que dans le sang de ceux qui sont réfractaires. Pour prouver le rôle de ces *protéides défensives*, il faut montrer que, chez un animal réfractaire, elles sont plus actives ou plus abondantes que chez l'animal non réfractaire. L'étude des protéides défensives chez le rat, qui résiste bien au charbon, montre qu'il y a dans son sang une substance protéide à réaction alcaline très prononcée qui détruit le bacillus anthracis; cette substance injectée à des souris en même temps que des spores charbonneuses empêche le développement de la maladie. La quantité de protéide défensive que renferme le sang de rat diminue lorsqu'on le rend non réfractaire au charbon; les jeunes rats qui peuvent être inoculés ont dans leur sang moins de cette substance; enfin, ont les rend réfractaires en leur injectant le sérum du rat adulte.

Ogata a pu extraire du sérum de différents animaux une substance bactéricide; il a pensé que cette substance était un ferment; Tizzoni et Catani admettent que la substance antitoxique qui se trouve dans le sérum d'un chien réfractaire au tétanos est une matière protéique associée à un ferment.

Les protéides défensives peuvent être divisées en deux catégories, selon qu'elles existent à l'état normal chez les animaux, ou qu'elles ne s'y développent que si on les a rendus réfractaires à une maladie. On peut appeler les premières *sozines* et les secondes *phyloxines*. On peut différencier par les mots *myco* ou *toxi* les substances qui agissent sur les microbes de celles qui agissent sur leurs produits.

M. Emmerich admet que l'immunité est produite par une toxine bactéricide sans influence sur les cellules de l'organisme animal; cette substance peut être introduite dans le corps par vaccination et peut aussi être formée par les cellules elles mêmes; les corps provenant de la destruction cellulaire réagissent sur ceux de provenance microbienne. Les maladies infectieuses produisent un gonflement parenchymateux et une dégénérescence graisseuse. Les cellules sont remplies de matières albuminoïdes qui se développent et se transforment, en partie, en graisse. Les substances bactéricides doivent se former par les modifications dans l'activité des cellules qui se produisent ensuite. Peut-être s'agit-il de produits de décomposition intermédiaire ?

L'injection du sang ou des tissus des animaux réfractaires peut empêcher le développement des maladies infectieuses; le fait est prouvé pour l'érysipèle des porcs et la pneumonie croupale. Pour que les résultats soient très bons avec des urines d'animaux rendus réfractaires, il faut que l'on ait conféré à ces derniers l'immunité complète. M. le docteur Dœnessen a montré que les lapins qui ont respiré pendant une heure une culture du diplocoque de la pneumonie meurent tous en deux ou quatre jours; ils résistent s'ils ont reçu auparavant une injection intra-veineuse de 20 à 25 cent. cubes d'une culture très diluée.

M. Emmerich n'est pas partisan de la théorie de la phagocytose; elle serait nuisible dans certaines maladies, le rouget du porc, par exemple; les cellules conservent vivantes les bactéries qu'elles contiennent.

M. Kitasato rappelle ses expériences dans lesquelles il a rendu des souris réfractaires au tétanos, et même les a guéries de cette maladie en leur injectant du sang de lapin rendu artificiellement réfractaire au moyen du trichlorure d'iode.

M. Klein, citant ce fait que les grenouilles et les rats peuvent contracter le charbon

quand on les anesthésie par un mélange de chloroforme et d'éther, ne peut l'expliquer que par la production de modifications chimiques dans le sang, indépendantes de la phagocytose.

Bien que M. Metschnikoff ait exposé sa théorie de la phagocytose avec le plus grand talent, et qu'il ait intéressé très vivement ses auditeurs, un grand nombre de membres du Congrès tendent visiblement à accorder plus d'importance à l'action des substances bactéricides.

En somme, on peut admettre avec M. Adams que les deux théories sont acceptables dans l'état actuel de la science. *(A suivre.)*

REVUE DES JOURNAUX

De l'étiologie du diabète, par R. Schmitz. (*Berl. klin. Woch.*, 1891, n° 27.) — L'auteur a observé 2,115 cas de diabète idiopathique. La condition de développement du diabète est la prédisposition.

Sexe : 1,206 hommes contre 909 femmes.

Age : 1-10 ans, 10 cas; 10-20 ans, 75 cas; 20-30 ans, 178 cas; 30-40 ans, 332 cas; 40-50 ans, 580 cas; 50-60 ans, 678 cas; 60-70 ans, 210 cas; 70-80 ans, 60 cas; 80-90 ans, 2 cas.

Le diabète est fréquent en Suède et en Norvège.

Surtout les juifs y sont très sujets.

Hérédité : L'auteur l'a observée 998 fois, c'est-à-dire dans près de la moitié des cas. Dans une même famille, il a parfois observé jusqu'à 5, 6 et 8 ou 10 cas, et une fois 11 cas.

Des prochoses graves avaient existé dans 428 cas de familles diabétiques. En outre, dans les familles de 283 diabétiques, où cette affection s'est montrée isolée, j'ai trouvé de l'aliénation mentale.

Le diabète est fréquent dans les familles tuberculeuses et goutteuses, et à la suite de l'usage excessif d'aliments sucrés.

Les soucis, les peines, les excès de travail intellectuel, les émotions vives, les chocs nerveux sont des causes du diabète.

Contagion chez les conjoints : L'auteur la considère comme certaine. Depuis sa communication à la *Berl. klin. Wochens.*, 1890, n° 20, il a observé 7 nouveaux cas.

Pour la glycosurie ou diabète symptomatique, l'auteur l'a vue dans 155 cas compliquant la diathèse urique. Dans 128 autres cas, il existait de la polysurie prononcée; dans 13 cas, la tuberculose pulmonaire; dans 17 cas, la carcinose; dans 16 cas, une lésion cardiaque; dans 12 cas, la syphilis du cerveau; dans 10 cas, la morphinomanie; dans 9 cas, une cirrhose du foie; dans 9 cas, une maladie grave de la moelle; dans 1 cas, un foie amyloïde; dans 1 cas, une maladie d'Addison.

En outre, la glycosurie se montra 6 fois après une chute sur la tête, 4 fois après un coup sur la tête, 1 fois après une commotion cérébrale dans un accident de chemin de fer et 3 fois dans la convalescence de la fièvre typhoïde. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 août 1891. — Présidence de M. Tarnier.

La correspondance comprend :

Un mémoire de M. le docteur H. Ridon (de Marseille) sur l'hémianopsie.

Cure radicale des hernies. — M. Lucas-Championnière a fait 254 fois l'opération de la

cure radicale; il n'a eu que 2 morts. L'un a été opéré dans de mauvaises conditions et l'autre a succombé à un étranglement interne sans que le chirurgien ait été prévenu.

M. Lucas-Championnière a opéré des cas détestables avec succès. L'opération a réussi sur une femme de 51 ans, pesant 200 livres, ayant une hernie ombilicale de 78 centimètres de tour à sa base; sur une femme avec une hernie inguinale descendant au genou, etc.

L'opération est cependant difficile, et devient meurtrière et inutile si elle n'est pas faite dans les conditions déterminées et suivant une méthode assez compliquée. Si la méthode est bonne, les résultats sont bons; le plus grand nombre des opérés n'a pas porté de bandage et ils ne prennent que pendant peu de temps une ceinture protectrice. Dans certains cas mauvais, il faut recommander un bandage léger et large.

Les termes indispensables de l'opération sont les suivants : 1° destruction de la séreuse dans la plus grande étendue possible jusque dans le ventre; 2° destruction de tout l'épiploon accessible, possible à attirer dans le sac; 3° constitution, dans la région herniaire, de la défense par une cicatrice puissante et étendue.

Parmi les hernies inguinales de l'homme, les plus satisfaisantes sont les congénitales, qui se présentent chez des sujets dont la paroi est souvent assez bonne. Chez toute femme jeune, la cure radicale de la hernie inguinale est indispensable et assure des résultats efficaces. L'opération de la hernie crurale est difficile. La hernie ombilicale est peut-être celle qui donne les résultats les plus frappants.

L'opération ne doit guère être faite chez les très jeunes enfants; on n'a pas assez de tissu entre les mains pour s'assurer une action étendue. A partir de 6 ou 7 ans, on peut opérer. Chez le vieillard, l'intervention est dangereuse. Même quand les sujets ont plus de 40 ans, il faut être prudent et n'opérer que s'il y a de la douleur, des troubles digestifs, de l'incoercibilité, etc. Le volume énorme de la hernie n'est pas une bonne indication.

De 7 à 40 ans, on peut opérer toutes les hernies et accidents, tous les malades qui veulent se passer de bandages, tous ceux qui veulent se débarrasser, etc. Il n'y a de réserves à faire que si les sujets sont déjà malades ou si les parois abdominales sont très mauvaises.

Autoplastie de la main par désossement d'un doigt. — M. Guermonprez, à propos de deux observations de plaie de la main, pose les conclusions suivantes :

L'autoplastie de la main par désossement d'un doigt est indiquée pour remédier aux vastes pertes de substance déterminées par des plaies par ratissage, par des coups de cylindres ou par des brûlures.

Cette autoplastie doit être pratiquée en longeant de très près la surface de la gaine fibreuse des tendons, au moyen d'un ténotome droit, afin de bien sauvegarder l'intégrité des vaisseaux et des nerfs.

Tous les éléments de l'ongle doivent être supprimés.

Il est avantageux d'amputer le squelette du doigt dans son métacarpien, sans se borner à la désarticulation métacarpo-phalangienne.

Il est utile de faire à la face profonde du lambeau un débridement longitudinal des tractus fibreux, afin de favoriser l'étalement du lambeau.

Il suffit de modérer la compression pour éviter l'oblitération des artères, dont la direction se trouve si complètement renversée par la direction du lambeau.

— M. Béchamp continue la lecture d'un mémoire sur les méthodes actuelles d'analyse du lait, sur les matières extractives de ce liquide et sur les substances réductrices du réactif de Fehling qu'il contient.

SOCIÉTÉS SAVANTES DE L'ÉTRANGER

Sociétés de médecine de Berlin (1er semestre 1891).

Sommaire : Maladies du tube digestif. — Maladies du système nerveux.

I

De la typhite. — Pour M. Sonnenburg, il peut se produire à la suite de la constipation

un foyer d'inflammation péri-cœcal qui, tantôt reste fibrineux ou séreux, tantôt suppure; dans le premier cas, le foyer se résorbe généralement assez facilement et il n'est pas besoin d'intervention chirurgicale.

Quand c'est l'appendice qui est pris, la suppuration survient toujours, car il y a alors perforation; dans ce cas, l'opération s'impose.

Si la tumeur se forme rapidement, si elle atteint d'emblée un fort volume, on peut espérer que ce n'est pas l'appendice qui est atteint; car, dans ce cas, l'abcès est plus petit, circonscrit, placé au-dessus du ligament de Poupart. Les phénomènes sont beaucoup plus marqués avec la seconde variété de suppuration.

Dès que l'on est certain de la présence du pus, il faut lui donner issue, afin d'éviter la rupture dans le péritoine. Malheureusement, dans ce cas, l'opération est encore très souvent suivie de mort. On doit donc intervenir rapidement et opérer alors en deux temps, afin de se mettre à l'abri de la péritonite. On incise jusqu'au péritoine, puis on ne traverse ce dernier que trois jours plus tard, lorsque la fluctuation est nette ou qu'une ponction exploratrice a prouvé la présence du pus; souvent, du reste, ce dernier sort spontanément. Quelquefois, l'opération laisse une petite fistule qui guérit d'elle-même. On ne doit pas attendre la fluctuation pour intervenir, car alors les malades seraient déjà atteints de septicémie dans beaucoup de cas.

L'évacuation artificielle n'est pas suivie de récidive, tandis que cette dernière s'observe fréquemment à la suite de l'ouverture spontanée. Les adhérences sont alors très nombreuses et la résection de l'appendice très difficile.

Quand un foyer purulent est très rapproché de la peau, il est certain que les adhérences existent et l'on peut opérer en un seul temps.

M. Frankel pense que la typhlite causée par la constipation se rencontre beaucoup plus fréquemment que la péritonite péri-appendiculaire. La perforation de l'appendice est causée le plus souvent par des fragments de matières fécales très durcies; il y a développement d'une péritonite septique généralisée ou formation d'un abcès. Quelquefois, le pus arrive jusqu'au diaphragme et vient s'évacuer dans la plèvre ou le poumon. L'opération en deux temps est loin de mettre sûrement à l'abri de la péritonite.

M. Tastrowitz a observé des cas de perforations aiguës de l'appendice dans lesquels les phénomènes ont pu simuler le choléra et ont entraîné rapidement la mort dans le collapsus. Peut-être pourrait-on tenter de sauver les malades par une intervention rapide.

M. Renvers a vu se résorber des abcès dans lesquels la présence du pus avait été causée par une ponction. La guérison, dans deux des cas qu'il a eu occasion d'observer, datait, au moment de sa communication, de deux ans et demi. La ponction ne doit servir que pour le diagnostic, et, quand on l'emploie, il faut se tenir prêt à faire une opération plus sérieuse.

M. Koerte, dans le cas de pérityphlite, conseille d'intervenir chirurgicalement lorsqu'il y a une péritonite généralisée par perforation, s'il se développe un abcès aigu péritonéal ou rétro-péritonéal, s'il s'agit d'une récidive suppurée.

La laparotomie permet quelquefois de guérir la péritonite diffuse suppurée; les lavages antiseptiques sont peu utiles et il vaut mieux absorber le pus à l'aide de tampons; enfin, la résection de l'appendice ne sera faite que s'il se présente de lui-même, car l'opération doit durer le moins de temps possible.

Il faut évacuer les abcès des péritonites circonscrites le plus tôt possible, afin d'éviter la perforation, toujours à craindre, et la pyohémie. L'abcès rétro-péritonéal peut perforer le diaphragme et envahir la plèvre.

On ne doit pas oublier que beaucoup de pérityphlites guérissent par le traitement médical, et il faut se garder d'opérer pendant les premières vingt-quatre heures, comme le conseillent les médecins américains.

Traitement de l'iléus. — M. W. Koerte a insisté sur la difficulté qu'il y a à distinguer l'iléus par étranglement de l'iléus par obstruction.

Dans la seconde variété, le traitement médical est souvent utile et on peut recourir à

l'opium, au lavage de l'estomac, et même quelquefois à la ponction de l'intestin. Les grands lavements sont souvent fort utiles; on doit les faire avec de l'eau tiède, si le malade est dans le collapsus.

Lorsqu'il s'agit d'étranglement, l'intervention hâtive s'impose, car l'intestin se mortifie rapidement. La gangrène doit être admise, si l'étranglement dure depuis trois jours.

La laparotomie, lors d'iléus, est assez dangereuse, parce que les malades sont affaiblis, et que souvent l'opération est longue, le siège de l'étranglement étant difficile à trouver. D'autre part, les intestins ballonnés ont une grande tendance à faire saillie hors de l'abdomen. Enfin, le collapsus est très à redouter. L'entérectomie est une bonne pratique, parce qu'elle n'exige pas un long temps. Pour anesthésier le patient, on doit préférer l'éther ou le chloroforme, afin de moins agir sur le cœur.

Rétrécissement du duodénum. — M. Boas a réuni un certain nombre de cas de cette lésion dont le diagnostic est plein de difficultés lorsque l'atrésie siège au-dessus de l'abouchement du cholédoque. Lorsque le rétrécissement siège au-dessous de l'ampoule de Vater, on observe des vomissements bilieux incessants qui renferment du suc pancréatique. L'absence de ce dernier indiquerait une lésion du pancréas. Les principaux signes de rétrécissement duodénal supérieur sont surtout négatifs : il n'y a pas de dilatation de l'estomac et les produits de fermentation, les sarcines, que l'on rencontre lors de rétrécissement du pylore, ne sont pas constatés. La maladie peut être causée par une tumeur du pancréas, des ulcérations ou un déplacement de l'intestin.

M. Guttmann a vu un cas de rétrécissement duodénal consécutif à une ulcération ; l'orifice du canal cholédoque était oblitéré.

M. Renvers a rencontré une dilatation énorme de l'estomac chez une malade qui avait un carcinome de la portion inférieure du duodénum.

Rétrécissement cicatriciel du pylore. — M. Klemperer a donné ses soins à une jeune femme atteinte d'un rétrécissement du pylore à la suite de l'ingestion de potasse. Elle fut opérée par le procédé de Heineke et guérit parfaitement.

Dans un autre cas de M. Klemperer, il s'agissait d'un ouvrier qui avait avalé de l'acide sulfurique en le prenant pour de l'eau-de-vie; l'opération fut suivie d'une gangrène pulmonaire qui entraîna la mort.

II

Traitement du tétanos par les injections de sérum sanguin animal. — Dans le service de M. A. Baginsky, M. Kitasato a injecté, à un enfant atteint de trismus et de tétanos des nouveau-nés, du sérum sanguin de lapin rendu réfractaire au tétanos. Le petit malade mourut sans que les injections aient paru influencer la marche de la maladie. On a trouvé le bacille du tétanos dans de la matière sanguinolente desséchée qui était autour de l'ombilic.

Mal perforant chez un tabétique. — M. Goldscheider a montré le pied d'un ataxique qui présentait deux maux perforants. On trouva une névrite du plantaire interne. La névrite est nécessaire pour la production du mal perforant, mais il faut une cause occasionnelle, froid, pression anormale. L'altération des nerfs n'empêche pas la cicatrisation rapide après l'amputation.

De l'hémorrhagie cérébrale. — M. Mendel a recherché pourquoi l'artère du corps strié, que Charcot a appelé l'artère de l'hémorrhagie cérébrale, se rompt plus souvent que les autres. Ses recherches l'ont conduit à admettre que, dans cette artère, la pression était très inférieure à celle qui existe dans les vaisseaux corticaux, ce qui tient à ce que ces derniers s'anastomosent entre eux. On comprend donc que l'artère en question cédera plus facilement quand la pression subira une forte augmentation. Les anévrysmes miliaires se produisent à la suite des variations de pression qui ont lieu dans le vaisseau. Ce sont encore ces variations de pression qui amènent les premiers symptômes de l'apoplexie, ces symptômes consécutifs relevant de l'anémie corticale et de l'hypérémie de la partie où s'est produite l'hémorrhagie. Il ne faut donc pas appliquer de la glace sur la

tête des malades qui viennent d'être atteints d'hémorrhagie cérébrale, car on accroîtrait l'ischémie corticale et la pression intra-vasculaire.

L'hémianopsie. — M. Leyden a observé un cas d'hémianopsie dont il a pu faire l'autopsie. On sait que les malades atteints de ce trouble visuel n'ont qu'une moitié de chaque rétine impressionnable par la lumière; ils ne voient que la moitié des objets. La pupille reste mobile, ou bien la réaction pupillaire fait défaut. Le centre des mouvements de cet organe se trouve dans la région des tubercules quadrijumeaux d'où partent des fibres du nerf trijumeau qui s'unissent les unes aux autres, de telle sorte que les deux pupilles réagissent toujours simultanément. Lorsque la lésion occupe le tractus optique entre les tubercules quadrijumeaux et l'œil, l'arc réflexe est interrompu pour la moitié anesthésique de la pupille, mais il persiste pour la moitié restée normale. Si la lésion se trouve placée en arrière des tubercules quadrijumeaux, l'arc réflexe est coupé et il n'y a plus de mouvements pupillaires. Chez la malade de Leyden, il y avait une hémorrhagie du côté gauche répondant, par conséquent à la partie droite de la rétine; le réflexe pupillaire existait quand la partie sensible était excisée. En se basant sur ce fait et sur quelques autres symptômes, on admit que la lésion devait se trouver en avant des tubercules quadrijumeaux. Ce fut, en effet, à droite et en avant de ces organes que l'on trouva le foyer apoplectique.

Traitement de l'impuissance par la méthode de Brown-Séquard. — M. Fuerbringer a expérimenté la méthode sur des vieillards et des malades affaiblis en leur laissant ignorer ce qu'il faisait. Il a traité 18 hommes qui n'ont retiré aucun bon effet des injections; aucun d'eux n'a eu de désirs sexuels. Généralement, les injections étaient assez douloureuses et, une fois, les phénomènes inflammatoires ont été violents. Il est probable que le principe actif du sperme est la spermine, base découverte par Schreiner en 1878; Fuerbringer a trouvé cette base en bien plus grande quantité dans le sac pancréatique que dans le sperme. Actuellement, on cherche à lui substituer un isomère, la pipérazidine, mais cette substance n'a aucune action stimulante.

La diplacousie. — Dans ce trouble de l'ouïe fort curieux, dont M. Treitel a observé 10 cas, les malades, lorsqu'une personne parle, entendent une deuxième voix qui est à l'octave de la première; les bruits divers s'accompagnent de bruits secondaires. On ne peut dire que la diplacousie soit une affection professionnelle; cependant, les employées des téléphones y sont fort exposées. Pour Burnett, le symptôme est d'origine centrale; pour M. Treitel, il peut dépendre aussi d'altérations de l'appareil de conduction. Souvent, chez un même sujet, le trouble existe tantôt d'un côté, tantôt de l'autre.

(*A suivre.*)

FORMULAIRE

Liniment contre les gerçures du sein. — Vinay.

Aristol .... 4 grammes.
Vaseline liquide .... 20 —

Faites dissoudre. — A l'aide d'un pinceau trempé dans ce liniment, on badigeonne le sein après chaque tétée, en ayant soin de pincer la base du mamelon pour étaler les papilles et découvrir toutes les gerçures. — N. G.

COURRIER

Association française pour l'avancement des sciences. — La 12e section (sciences médicales) du Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences (session de Marseille, 17 septembre), a mis à l'ordre du jour de ses discussions la question du traitement de la tuberculose.

Pour faciliter la discussion et pour éviter de revenir sur des travaux antérieurs, M. le docteur L.-H. Petit a bien voulu se charger de résumer les communications qui ont été faites au Congrès de la tuberculose, tenu en juillet dernier à Paris. Ce résumé, imprimé par les soins du secrétariat, sera distribué à Marseille aux membres de la section.

Les membres de l'Association qui désireraient le recevoir avant, sont priés de venir le retirer au secrétariat, 28, rue Serpente, avant le 12 septembre.

Le nombre des étudiants en Europe. — Chez toutes les nations de l'Europe, on observe une augmentation de plus en plus considérable du nombre des jeunes gens fréquentant les écoles supérieures. En laissant de côté les étudiants en théologie, on trouve actuellement par 100,000 habitants 82,3 étudiants en Belgique, 76,6 en Norvège, 57,3 en Suède, 55,9 en Autriche, 51,3 en Italie, 50,4 en Suisse, 48,1 en Allemagne, 45,4 en Hollande, 42,6 en France, 9,9 en Russie. La durée plus ou moins longue des études, l'organisation de l'enseignement moyen et supérieur ont une influence marquée sur le nombre des étudiants en cours d'études; mais, au moins pour ce qui est de la France et de l'Allemagne, le développement exagéré de l'armée, le nombre énorme des officiers, sont en partie cause du rang médiocre qu'occupent ces deux nations dans le tableau précédent.

Par 100,000 habitants, il y a eu en France et en Allemagne, 14,4 étudiants en médecine, 23,8 en Autriche, 26,7 en Hollande, 24,2 en Belgique et 20,6 en Italie, ces chiffres, on le voit, ne sont nullement proportionnels à la richesse des pays correspondants.

Si on compare la proportion actuelle du nombre des étudiants au chiffre de la population à celle qui existait au milieu du XVIIe siècle, on voit que le nombre relatif des étudiants s'est accru en Norvège de 214 p. 100, en Danemark de 182, en France de 162, en Suisse de 160, en Autriche de 158, en Belgique de 156, en Italie de 155, en Hollande de 150, en Allemagne de 148. (*Bull. méd.*)

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Latrille est maintenu dans ses fonctions de chef de clinique ophthalmologique.

Faculté de médecine de Toulouse. — MM. Bézy et Rémond, agrégés, sont chargés pendant l'année scolaire 1890-1891, le premier d'un cours de clinique des maladies des enfants, le second d'un cours de pathologie et thérapeutique générales.

Ecole de médecine de Limoges. — M. Derignac est nommé professeur d'hygiène et de thérapeutique.

— Le Conseil général des Landes a décidé que la somme de 45,000 francs, attribués au département des Landes sur le produit du pari mutuel, serait convertie en un titre de rente destiné à l'entretien de quatre lits d'incurables. Ces quatre lits seront de préférence donnés à des maladeis atteints de la *pelagre*, affection commune dans la région.

— Les recettes des Facultés de médecine pour l'exercice 1890, se sont élevées à 759,455 francs, savoir: Paris, 321,317 francs; Bordeaux, 56,039; Lille, 117,269; Lyon, 108,612 francs; Montpellier, 82,211 francs; Nancy, 74,007 francs.

Les dépenses ont été de 716,184 francs, savoir : Paris, 306,127 francs; Bordeaux, 53,932 francs; Lille, 103,030 francs; Lyon, 101,360 francs; Montpellier, 81,413 francs; Nancy, 70,322 francs.

Les recettes ont dépassé les dépenses de 43,271 francs.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Des atmosphères médicamenteuses dans le traitement de la phthisie pulmonaire (1),

Par M. le docteur Tapret, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Messieurs,

Je viens vous soumettre mes recherches sur le traitement de la tuberculose par les inhalations de vapeurs créosotées.

Dès 1887, lorsque pour la première fois je pris possession d'un service à l'hôpital Saint-Antoine, je me préoccupai de faire vivre mes malades tuberculeux dans une atmosphère créosotée humide qui fût l'analogue de l'atmosphère phéniquée employée par Lister pour les opérations chirurgicales. Dans une chambre spéciale, aussi bien close que possible, marchaient jour et nuit de grands pulvérisateurs chargés d'une solution hydro-alcoolique concentrée (2/0) de créosote, et, dans cette chambre, les phthisiques vivaient d'une façon permanente.

Je n'ai pas à insister ici sur les résultats obtenus par cette méthode; ils ont été consignés tout au long, en 1888, dans la thèse d'un de mes élèves, le docteur Lesguillon. Je dirai seulement que, grâce à ces observations de toute une année, j'avais pu me convaincre à la fois de la réelle et sérieuse efficacité du traitement, et de l'insuffisance des moyens mis en œuvre.

Sans parler des difficultés matérielles de l'installation, il était évident que la créosote mêlée aux vapeurs humides devait être absorbée en grande partie avant d'arriver aux alvéoles pulmonaires; comme, d'autre part, nous étions obligés de modérer le jeu des pulvérisateurs sous peine de rendre l'atmosphère irrespirable, la quantité de substance médicamenteuse qui venait au contact des lésions parenchymateuses était à coup sûr trop faible; nous n'avions que le bénéfice de la créosote absorbée et peu ou point d'action sur le terrain même du tubercule.

C'est alors que j'eus l'idée d'augmenter la pression de l'air à la fois pour le sursaturer de créosote et pour le faire pénétrer plus avant dans les dernières ramifications bronchiques. Pour cela, je demandai à M. le directeur de l'Assistance publique de vouloir bien mettre à ma disposition la cloche qui avait servi aux expériences de Paul Bert sur l'*anesthésie sous pression* à l'hôpital Beaujon.

Le 21 mai 1890, grâce à l'obligeance de M. Peyron, la cloche était installée à Saint-Antoine. Depuis cette époque, j'étudie le traitement ainsi mo-

(1) Communication faite au *Congrès pour l'étude de la tuberculose*, le 29 juillet 1891.

difié, et ce sont les résultats de ma pratique, pendant une période de quatorze mois, que je présente au Congrès.

L'appareil, vous l'avez vu fonctionner. Il se compose d'une cloche en tôle ayant une capacité d'environ 14 mètres cubes, d'un moteur à gaz et d'un système vaporisateur. L'air qui arrive dans la cloche doit être à la fois stérilisé et saturé de vapeurs médicamenteuses. Dans ce but, nous lui faisons traverser d'abord un barbotteur contenant cinq litres de créosote pure, puis un autoclave rempli de copeaux imbibés de cette même créosote. Vous avez pu voir l'énorme surface de vaporisation qu'offrent ces copeaux; de plus, afin de porter au maximum la tension de la vapeur, ce qui revient à élever autant que possible son degré de saturation, l'appareil est maintenu constamment à la température du bain-marie; et, fait à noter, malgré cela, les vapeurs de créosote restent intimement mélangées à l'air, sans que jamais nous les ayons vues se condenser ni sur les parois de la cloche ni sur les vêtements des malades. Aussi, pouvons-nous admettre que, portées par l'air, les vapeurs médicamenteuses pénètrent au plus profond du parenchyme, jusqu'aux parois des alvéoles pulmonaires, ce qui leur permet d'agir au double titre de topique antiseptique d'abord et, après l'absorption, de médication générale.

Nos tuberculeux divisés en séries de 5 ou 6 restent quatre heures par jour dans l'atmosphère créosotée.

On met une demi-heure à atteindre la pression; le même temps est employé pour la décompression. Dès qu'on arrive à la pression voulue, un robinet d'échappement s'ouvre, qui laisse passer une quantité d'air égale à celle envoyée par la machine, De cette façon, la tension dans l'intérieur de la cloche reste constante en même temps que la ventilation est assurée, que l'air se renouvelle constamment. En quatre heures, la pompe envoie 76,000 litres d'air et nous pulvérisons 100 grammes de créosote, ce qui fait un mélange au titre de 1/760e.

Est-il possible d'apprécier la quantité de créosote réellement absorbée? Non. Ce que nous pouvons évaluer d'une façon très approximative, c'est la quantité de créosote qui passe dans le poumon de chaque malade. L'air inspiré par séance, en tenant compte de la stature de l'individu, suivant les expériences de Hutchinson, varie de 1,800 à 3,600 litres, ce qui porte de 2 gr. 25 à 4 gr. 50 la quantité de créosote respirée par chacun de nos tuberculeux.

Ce qui est certain, c'est que l'absorption est active; car, au début du traitement, au moment où nous tâtonnions pour trouver les conditions les plus favorables, la dose médicamenteuse utile et non nuisible, nous avons pu nous convaincre qu'avec des pressions élevées qui reculaient le point de saturation de l'air, se produisaient des phénomènes d'intoxication — fièvre, diarrhée, congestion pulmonaire — indiquant la pénétration dans l'organisme d'une quantité trop considérable de créosote. Mais je dois dire que, dans aucun de ces cas, pas plus que dans les autres, du reste, nous n'avons constaté d'hémoptysie, même chez les malades qui en avaient eu antérieurement.

C'est depuis lors que nous avons choisi la pression à laquelle nous nous en tenons actuellement, variant d'un tiers à une demi-atmosphère, et qui ne nous a jamais donné aucun accident.

Le traitement est, en effet, admirablement supporté : nos malades, loin de se trouver incommodés pendant leur séjour sous la cloche, y respirent

à l'aise sans éprouver jamais de suffocation. C'est seulement en sortant qu'ils ont un léger frissonnement; ceci rappelle à un moindre degré la sensation de froid accusée par les scaphandriers au moment où ils quittent leur appareil. D'ailleurs, en nous enfermant avec eux, nous avons pu constater les divers phénomènes notés par Paul Bert dans son ouvrage sur la pression barométrique où il relate ses expériences avec mon ami le docteur Regnard : ralentissement de la respiration; inspiration plus large et plus profonde; augmentation de la tension sanguine qui, de 18, peut monter à 21 (manomètre du professeur Potain) dénotée par des battements dans les tempes et coïncidant avec un ralentissement marqué du pouls. Et, à ce propos, Messieurs, j'ai observé que, chez une certaine catégorie de phthisiques qui ont habituellement de la tachycardie, de l'accélération du pouls sans fièvre, l'élévation de pression qui existe dans la cloche amène un soulagement immédiat plus prononcé, une amélioration plus rapide.

Pour terminer, j'ajouterai que constamment, conformément encore aux expériences de Paul Bert, nous avons constaté une élévation du taux de l'urée indiquant une activité plus grande de la nutrition.

En regard de ces phénomènes physiologiques, quels sont les résultats thérapeutiques?

Dès les premiers jours, la fièvre tombe, la toux s'atténue, la respiration est plus facile; les crachats, beaucoup moins abondants, perdent assez vite et complètement leur caractère purulent; les sueurs nocturnes diminuent ou même se suppriment tout à fait. En même temps, l'appétit revient, les malades engraissent. Plusieurs ont augmenté de 8 à 10 livres en quelques semaines. Quatre ont gagné 18 livres en trois mois. Un d'entre eux, qui est garçon de chantier à l'hôpital Saint-Antoine et que je puis surveiller, à vu son poids monter, en une année, de 128 à 164 livres.

Pendant les grandes chaleurs, quelques-uns, il est vrai, ont été un peu éprouvés. Ils ont eu, pendant les séances d'inhalation, des transpirations très abondantes, leur appétit a diminué; malgré cela, l'état général n'a pas souffert, ces malades ont continué à engraisser, et vont aujourd'hui aussi bien que leurs camarades.

Les modifications dans l'état des poumons n'ont pas été moins manifestes. Nous n'avions pas choisi les sujets, les prenant au hasard de la consultation. Il y avait parmi eux des tuberculeux à tous les degrés, mais tous ayant les deux poumons pris. Actuellement, sur les 21 cas traités, 7 sont complètement guéris et ont quitté l'hôpital. Il y a quelques jours, j'ai pu vérifier la persistance de la guérison. Une des malades vient d'accoucher à terme et après une grossesse très heureuse.

Chez les autres, on constate encore quelques signes de bronchite plus ou moins manifeste; mais là même où existaient des cavernules multiples, on n'entend désormais que des sibilances, tout au plus des craquements suspects ou des frottements râles. Quant à la richesse bacillaire des crachats, elle ne s'est pas modifiée également dans tous les cas. Chez ceux que nous considérons comme guéris, il n'existe plus rien. Là où l'expectoration a cessé complètement il n'y a évidemment plus d'élimination de bacilles. Pour plusieurs autres, il faut des examens répétés si l'on veut retrouver dans les produits expectorés le germe de la maladie. Quelques-uns, enfin, ont conservé des bacilles en assez grande abondance, mais ceux-ci ont éprouvé un changement de forme et de texture : ils sont plus petits et comme granuleux, ne gardant leur coloration que par place, avec des seg-

ments clairs dans leur longueur. J'ajoute que tous ces examens ont été faits avec le plus grand soin par mon interne et ami M. Saboureau, élève distingué du laboratoire de M. Pasteur.

Si nous n'avons soigné ni granulie ni phthisie caséeuse à marche rapide, en revanche nous avons trois observations de cavernes très étendues qui, à l'heure actuelle, sont manifestement améliorées. Et vous avez vu l'excellentrésultat que nous avons obtenu dans un cas de phthisie avec grippe grave.

En résumé, nous pouvons dire que, dans les 21 cas qui font plus particulièrement le sujet de notre communication, la tendance consomptive a été arrêtée, les intoxications secondaires si redoutables ont disparu. Nos malades ont cessé d'être des phthisiques, un tiers d'entre eux sont guéris, tous les autres demeurent avec des signes de bronchite seulement suspecte, et surtout avec des signes de pneumonie scléreuse et d'emphysème. Chez le plus grand nombre de ces derniers, les bacilles sont moins nombreux. Et, chose qui n'est pas à négliger, nos observations portent sur des malades de l'hôpital, c'est-à-dire placés dans des conditions très défectueuses. Nul doute que, chez les phthisiques ayant une meilleure situation sociale, l'amélioration se montrerait plus prompte et plus accusée; c'est d'ailleurs ce qui est arrivé pour trois personnes de la ville qui ont bien voulu se soumettre au traitement et chez lesquelles la guérison a été très rapidement obtenue et peut être aujourd'hui considérée comme absolument complète. Il nous est donc permis de conclure que les inhalations créosotées non seulement agissent sur l'état général, arrêtent la consomption, mais qu'elles entravent, et, quelquefois, je pourrais dire le plus souvent, guérissent la tuberculose. Elles ont, de plus, l'avantage de laisser intactes les voies digestives, ce qui permet d'adjoindre au traitement telle médication que l'on jugera utile, ce qui permet surtout la suralimentation, ce point capital du traitement de la tuberculose, mise en lumière par M. le professeur Debove.

Il va sans dire que nous n'entendons pas préconiser les inhalations créosotées à titre exclusif. Notre intention est de renouveler nos expériences avec d'autres antiseptiques en variant les pressions.

Si nous avons de préférence employé tout d'abord la créosote, c'est que, comme l'a dit Charles Bouchard, elle est encore, et nos observations en sont une nouvelle preuve, le moins mauvais des agents que nous ayions à notre disposition pour lutter contre cette terrible affection.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Le bromoforme.

I

Le bromoforme (C H Br 3) est un liquide clair, transparent, à odeur rappelant celle du chloroforme, à saveur d'abord sucrée et ensuite âcre, dont la densité à 15° est de 2,86 à 2,90. La solubilité dans l'eau est très peu marquée; 5 à 8 gouttes du médicament demandent très longtemps pour se dissoudre dans 100 grammes d'eau. La solubilité dans l'éther et l'alcool est beaucoup plus grande.

On s'assure de la pureté du bromoforme par les réactions suivantes : agité avec de l'acide sulfurique ou une solution de potasse, il ne se colore pas, il ne s'acidifie pas dans l'eau distillée et ne lui communique pas la propriété de précipiter par le nitrate d'argent, il ne laisse pas de résidu par l'évaporation.

Le bromoforme doit être conservé dans un flacon bouché à fermeture hermétique; il faut rejeter celui qui est bruni, car il renferme du brome libre. L'addition d'un peu d'alcool préviendrait la décomposition. L'altération n'est pas très rapide, car Nauwelaers a pu l'exposer deux jours au soleil sans qu'il se produise de décomposition.

Il y a plusieurs procédés de préparation du bromoforme; le meilleur est celui de Dumas, modifié par Beringer (*Amer. Jour. of Phar.*, février 1891). On fait un lait de chaux avec un quart d'eau et quatre parties de chaux du marbre. On introduit ce lait de chaux dans un flacon relié à un réfrigérant à reflux et muni d'une part d'un tube à entonnoir, arrivant à affleurer le liquide, et de l'autre d'un petit tube de verre arrivant jusqu'au fond et servant à agiter le lait de chaux avec de l'air insufflé par une poire en caoutchouc. Quatre parties d'acétone sont ajoutées, la moitié en une fois et le reste graduellement pendant la durée de la réaction. Le contenu du flacon étant maintenu entre 40° et 50°, on ajoute du brome par petites parties, en agitant après chaque addition. Dès qu'une addition de brome colore le liquide en jaune, on ajoute assez de chaux pour le rendre nettement alcalin et l'on distille; l'eau entraîne le bromoforme au début de la distillation. On lave à l'eau, on dessèche avec le chlorure de calcium et l'on distille. On ne recueille que ce qui passe entre 143 et 148 et 148, et 151. Les deux liqueurs, qui ont une densité un peu différente, sont exposées au froid. Une fois les cristaux formés, on les essorre dans un entonnoir muni d'un tampon de coton et on les apporte dans un endroit chaud. Il ne faut recueillir que l.. dernière portion des liquides de fusion.

Ainsi préparé, le bromoforme a un poids spécifique de 2,900 à + 15, bout de 147 à 148 et commence à se solidifier entre + 6 et + 8. A + 4°5, la solidification est complète.

Pendant la préparation, le liquide doit toujours être alcalin et il ne faut ajouter le brome que par petites portions, afin d'éviter la formation d'acétone monobromée.

II

Steep (*All. med. centr. Zeit.*, 1889, 62; etc.) n'avait pas observé d'effets secondaires fâcheux à la suite de l'administration du bromoforme. Lowenthal a noté parfois un peu de somnolence après chaque prise du médicament, et Nauwelaers l'accuse de provoquer ou du moins d'entretenir la diarrhée.

Plusieurs faits d'empoisonnement ont été observés.

Dans un cas de Sachs, on avait prescrit à un enfant de 4 ans, atteint de rougeole, trois fois par jour, 3 gouttes de bromoforme. L'enfant fut séduit par le goût du liquide et avala 1 gr. 5, d'un seul coup. Pâleur, titubation, puis coma, dilatation des pupilles, cyanose, pouls imperceptible. Une observation de Pannwitz est analogue. Le traitement consista, dans le premier cas, en deux injections d'éther, un bain tiède, des affusions froides sur la poitrine et le dos; dans le second, la respiration artificielle eut les plus heureux effets. (*Therap. Monats.*, déc. 1890, p. 641 ; janvier 1891, p. 59.)

Chez un enfant de 15 mois, qui prenait 2 gouttes de bromoforme trois fois par jour, Lowenthal vit se produire un état comateux profond, qu'il combattit par des injections d'éther. Pendant ces accidents, il se développa une pneumonie dans le lobe inférieur du poumon droit. L'enfant guérit et on employa de nouveau le bromoforme sans accidents.

Nauwelaers a observé un cas d'intoxication suivi de mort. Il se produisit les phénomènes habituels, que l'on combattit par la respiration artificielle, la trachéotomie (rendue nécessaire par l'accumulation de mucosités), les injections de caféine, etc. La terminaison fatale survint dans le coma. A l'autopsie, on trouva une congestion légère du cerveau; l'estomac et le duodénum étaient injectés; le liquide bronchique était augmenté. D'après le même auteur, l'état de la pupille guiderait dans le traitement par l'empoisonnement; lorsque l'asphyxie est imminente, elle est très dilatée; quand la respiration se rétablit, elle devient normale; enfin, en cas d'une nouvelle absorption (si on n'a pas évacué le contenu de l'estomac), elle se rétrécit, pour se redilater considérablement si la respiration s'arrête.

En somme, ce sont les phénomènes pupillaires de l'intoxication chloroformique par inhalations; la trachéotomie et l'insufflation pulmonaire sont donc indiquées comme dans cette dernière (Laborde).

III

Monneley, puis Rabuteau (*Traité de thérapeutique*, p. 619) ont reconnu au bromoforme des propriétés anesthésiques analogues à celles du chloroforme. Henocque le regarde comme moins dangereux que ce dernier, et on a fait, chez l'homme, quelques essais heureux. Actuellement, il n'est guère employé que contre la coqueluche.

On peut admettre ou bien qu'il est exhalé en nature par le poumon (odeur de l'haleine dans le cas d'empoisonnement) ou bien qu'il se transforme en brome libre qui est aussi exhalé par les voies respiratoires; il pourrait alors agir sur les micro-organismes de la coqueluche.

Pour Nauwelaers, le bromoforme agit en calmant l'hyperesthésie de la muqueuse respiratoire et principalement de la muqueuse laryngo-trachéo-pharyngée; il aurait un pouvoir anesthésique local.

IV

Steep est le premier qui ait prescrit le bromoforme dans la coqueluche. Il l'employa chez 60 à 70 enfants âgés de 6 mois à 7 ans; une seule de ces malades avait 11 ans. La maladie se terminait de deux à cinq semaines après son début, les accès diminuant de nombre et d'intensité cinq à six jours après le commencement du traitement, et disparaissant dix jours plus tard. Dans les cas très graves, il faut dix ou douze jours pour que les accès diminuent, mais alors il le font subitement. Le catarrhe pulmonaire manque ou ne se produit que d'une façon très peu accentuée; s'il existait avant le traitement, ce dernier le fait disparaître. Dans 5 cas où la coqueluche remontait à deux mois et demi, Steep a obtenu la guérison en dix jours avec le bromoforme. Le médicament serait même utile au point de vue prophylactique.

Goldschmidt a guéri, en deux semaines, des enfants dont la coqueluche se compliquait de pneumonie.

Lowenthal (*Berlin. klin. Woch.*, juin 1890, p. 508) a retiré de bons effets du médicament, soit au début du stade catarrhal, soit dans le stade convulsif. La durée de la maladie est abrégée, mais si on interrompt le bromoforme trop tôt, il y a des rechutes. La quantité nécessaire à la guérison a varié de 5 à 20 grammes. L'action favorable se fait parfois sentir dès le deuxième jour; les hémorrhagies et les symptômes bronchiques disparaissent en quelques jours et les vomissements en une semaine.

Fischer (*N. Y. med. Rec.*, 6 nov., 90) l'a employé chez 51 enfants de la classe ouvrière; la toux diminua très rapidement, et la guérison survint en quelques jours.

Ch. W. Earle a vu les accès de toux diminuer rapidement de nombre, tomber de 30 à 6, par exemple, quatre à six jours après le début du traitement.

Pour Neumann, on peut simplement dire que le bromoforme diminue le nombre et l'intensité des accès.

Nauwelaers (*J. de med. de Br.*, 1890, 22, 689; et *id.*, 1891, p. 103) a obtenu des résultats favorables. Une seule fois il a vu le médicament échouer dans la coqueluche simple. Sur 4 cas avec broncho-pneumonie, il a perdu 3 malades. Malgré cela, il admet que le médicament donna des effets supérieurs à tous les autres.

Le bromoforme a été employé en badigeonnage dans la diphthérie. C'est, en effet, un puissant antiseptique.

V

D'après Fischer, les doses du médicament sont les suivantes : jusqu'à un 1 an, II, III gouttes, trois fois en vingt-quatre heures; de 2 à 4 ans, III, IV gouttes, trois ou quatre fois en vingt-quatre heures, selon l'intensité des accès; jusqu'à 8 ans, IV, VIII gouttes trois ou quatre fois en vingt-quatre heures. La dose, pour obtenir la guérison de la coqueluche, varierait de 5 à 15 grammes. Lowenthal a employé 10 à 15 grammes par malade. D'après Nauwelaers, pour obtenir des effets rapides, il faut débuter par VIII à X gouttes, et, après quelques jours, monter progressivement à XX gouttes. Chez l'adulte, on prescrira 1 gramme à 1 g. 50 par jour en deux ou trois doses.

Le mode d'administration est important. Le mieux est de donner des gouttes dans

un peu d'eau; le bromoforme tombe au fond de la cuiller et l'on doit veiller à ce que les enfants avalent tout. La saveur est d'abord sucrée, puis bientôt il se produit une sensation d'âcreté désagréable qui fait quelquefois refuser le médicament par les enfants. Pour les adultes, on pourra employer des capsules de 0,50. Il faut prescrire le bromoforme après le repas, mais la tolérance existe aussi à jeun.

W. Earle (*Vraths*, 1891, 9, 253) recommande d'administrer le médicament mélangé avec du sirop de gomme arabique. On peut prescrire une potion en ajoutant 1 gramme d'alcool pour 1 à 3 gouttes de bromoforme.

Steep a employé la formule suivante :

Bromoforme	X gouttes.
Alcool	3 à 5 gr.
Eau distillée	100 grammes.

Ajoutez ou non :

Sirop simple	10 grammes.

Nauwelaers conseille une potion gommeuse fortement sucrée, par exemple :

Bromoforme		XX gouttes.
Alcool		10 grammes.
Mucilage de gomme adragante	ââ	60 grammes.
Sirop de Tolu		

Il faut bien agiter avant l'administration et maintenir soigneusement bouché. Le mucilage assure la répartition du médicament dans toute la masse et ne trouble que faiblement le liquide.

Il n'y a pas d'effets annulatifs.

En cas de diarrhée, on associe le bromoforme aux astringents, et, en cas d'échec, on suspend le médicament pendant quelques jours. P. Chéron.

Congrès international d'hygiène et de démographie tenu à Londres du 10 au 17 août (1).

Sommaire : L'alcoolisme. — Etiologie de la fièvre typhoïde. — L'actinomycose.

VI

M. Dyce Duckworth a prononcé un discours intéressant sur l'*alcoolisme* qui, on le sait, est combattu dans les pays de langue anglaise par des Sociétés de tempérance, dont le nombre augmente chaque jour. M. Duckworth ne croit pas, contrairement à l'avis de ces Sociétés, qu'il soit possible d'interdire absolument l'usage de l'alcool. Une consommation modérée doit être forcément tolérée, cette consommation pouvant être d'une once à une once et demie par jour pour un homme adulte. Chez les enfants, l'alcool est toujours funeste et ceux qui leur en vendent devraient être passibles de peines sévères. L'alcool est beaucoup moins nuisible à la fin de la journée qu'au début et il permet réellement d'accomplir certains travaux pénibles avec plus de facilité.

L'interdiction devrait être absolue pour les fous et les ivrognes invétérés, et il ne faudrait pas craindre, vis-à-vis de cette catégorie d'individus, de recourir aux mesures coercitives les plus énergiques. Dans certains cas, l'alcoolisme est héréditaire; il s'agit alors de malades qui doivent être considérés comme tels et traités dans des asiles.

M. Wertergaard fait remarquer qu'il n'est pas suffisant, pour étudier les effets de l'alcool sur la santé publique, de savoir quelle est la consommation par tête. En effet, les résultats seront très différents, selon que l'alcool sera pris dans toutes les classes ou seulement par les classes inférieures. On a recherché l'influence de l'alcool sur la mortalité, en s'attachant à établir la durée moyenne de la vie dans les professions dont les

(1) Suite. — Voir les numéros des 27, 29 août et 1er septembre 1891.

membres font presque forcément abus des boissons spiritueuses. On a trouvé que, chez les aubergistes de 20 à 60 ans, la mortalité est 50 p. 100 plus grande que la mortalité générale; chez les domestiques d'hôtel, la proportion atteint le chiffre de 120 p. 100. D'après Farr, un cabaretier de 25 ans vit en moyenne 31 ans, la moyenne générale étant 36 ans.

Owen a trouvé que l'âge moyen des personnes qui ne prennent pas du tout d'alcool est inférieur de 11 ans à celui des individus qui en font un usage modéré et de 1 an à celui des grands buveurs. Cela tient à ce que ceux qui s'abstiennent complètement sont surtout des jeunes gens.

En Danemark, il y a 5 à 6 p. 100 des décès au-dessus de 20 ans qui sont causés par le *delirium tremens* et l'alcoolisme chronique; chez les ouvriers adultes, l'alcool causerait 1 décès sur 12.

Les ravages de l'alcoolisme sont plus grands que les statistiques ne le montrent, car l'abus des spiritueux que font si souvent les gens du monde ou les individus des classes moyennes échappe au contrôle; de plus, l'alcool entraîne très souvent des maladies du foie, des suicides, etc.

Le nombre des débits de boissons a une grande influence. A Copenhague, il y a, par suite de la facilité d'obtenir les licences, un débit pour 300 habitants, la mortalité par alcoolisme y est de 5 p. 100; à Christiania, il y a un débit par 5,000 habitants, la mortalité due à l'alcool s'abaisse à 1 p. 100. Il y a deux fois plus de suicides en Danemark qu'en Norvège.

En Angleterre, on peut dire qu'il y a 1 décès sur 100 déterminé par l'alcoolisme chronique chez les hommes de 25 à 65 ans.

Que faire contre l'alcoolisme? Les taxes plus ou moins élevées, la purification des alcools qui enlève les produits les plus dangereux, ne sont que des palliatifs. Dans les grandes villes, il est utile de n'accorder des licences que moyennant un droit extrêmement élevé, le nombre des débits diminue aussitôt.

Enfin, on peut faire voter les habitants par une sorte de plébiscite, et interdire la vente de l'alcool si la majorité le désire. Ce système n'est applicable que dans certaines circonstances, dans les localités assez petites pour que la surveillance puisse être efficace. A Gottembourg, une société a pris à ferme tous les débits d'alcool, les cabaretiers ont un traitement fixe et n'ont par conséquent aucun intérêt à vendre beaucoup, les boutiques sont fermées du dimanche au lundi; enfin, la Société ne peut donner à ses actionnaires qu'un dividende déterminé, le reste des bénéfices devant être distribué à des œuvres de charité.

M. Milliet pense qu'il n'y a pas de loi civile ou religieuse qui empêche de prendre de l'alcool d'une façon modérée. Il importe, dans les discussions, de distinguer les boissons distillées, qui sont très dangereuses, des boissons fermentées, qui le sont beaucoup moins.

Pour M. Nevman Kerr, l'alcoolisme cause 40,000 décès prématurés par an; de plus, les enfants des alcooliques sont physiquement et moralement tarés. Il faudrait que les ivrognes invétérés pussent être légalement internés. M. Nevman Kerr est partisan de l'interdiction absolue de l'alcool.

M. J.-G. Phillips fait connaître les résultats qui ont été obtenus par une Compagnie d'assurance sur la vie n'assurant que des prêtres et faisant des conditions spéciales à ceux qui déclaraient s'abstenir de boissons alcooliques. Les abstinents vivent plus longtemps que les autres; ils ont moins de maladies du cœur, du cerveau, du système nerveux et des organes digestifs.

M. J. Frayer est surtout partisan de l'abstinence de l'alcool dans les pays chauds; ceux qui ne fument pas et ne boivent pas supportent bien mieux le climat. Chez l'homme fait, un usage modéré de l'alcool n'est pas nuisible.

M. Alglave maintient son système du monopole de l'Etat dans la vente des alcools. L'alcoolisme dépend à la fois de la quantité d'alcool consommé et de la qualité de cet alcool. Les alcools impurs sont tellement dangereux qu'en réalité l'alcoolisme n'a com-

mencé à apparaître que lorsqu'ils se sont répandus dans le commerce. Les points d'ébullition des différents alcools ont de l'importance; comme l'alcool éthylique bout à une température beaucoup plus basse que l'alcool amylique, il s'évaporera chaque jour en grande partie, tandis que le second s'accumulera dans l'organisme. Par le monopole, l'Etat pourrait s'assurer de la purification des alcools impurs; la saisie chez les débitants ne permet guère de s'assurer de la pureté des produits et souvent on n'a pas des quantités suffisantes pour faire l'analyse. En Suisse, le monopole de l'alcool a été établi.

La discussion sur l'alcoolisme a mis en lumière un fait bien connu, c'est que la législation sur l'alcool devait changer selon les pays. Chez nous, les mesures répressives, l'interdiction de la vente certains jours se heurteraient contre le sentiment public et échoueraient probablement; en France, l'initiative privée, sous la forme des Sociétés de tempérance, n'a également aucune chance de succès. Reste le monopole de l'alcool, tel que le préconise M. Alglave, et c'est peut-être là qu'est la solution, le fisc devant y trouver son compte.

VII

Etiologie de la fièvre typhoïde. — M. Arloing expose les recherches que MM. Roux, Rodet et Vallet (de Lyon) ont faites sur ce sujet. MM. Roux et Rodet ont découvert, dans des eaux que l'on disait avoir contenu le germe de la fièvre typhoïde, le *bacillus coli communis* et non le bacille d'Eberth. Le bacillus coli existe souvent presque seul dans les selles typhoïdiques. Par les cultures, les inoculations, il est impossible de trouver des dissemblances nettes entre les deux bacilles. Le bacillus coli arrive à ressembler au bacille d'Eberth sous certaines influences légères; il s'agirait donc de deux variétés du même micro-organisme.

Ces recherches sont favorables aux idées de Murchison sur l'étiologie de la fièvre typhoïde; on s'explique alors comment un foyer de maladie peut se créer en dehors de la présence antérieure d'un malade et sans que les eaux aient été en contact avec des matières fécales.

Le bacillus coli vit et se multiplie dans les amas de matières fécales, ce que ne peut faire le bacille d'Eberth; il acquiert même, dans ces cas, une virulence plus grande que celle qu'il a lorsqu'on le retire de l'intestin.

L'emploi des eaux d'égouts est-il nuisible? C'est ce qu'a étudié M. Carpenter à la ferme de Beddington. Pour lui, il n'y a pas d'inconvénients à se servir de l'engrais humain autour des habitations, la filtration à travers le sol purifie les eaux d'égouts, de telle sorte qu'elles n'infectent plus les rivières. Quant les eaux ne pénètrent pas trop profondément dans le sol, il n'y a aucun danger à redouter. Quand aux germes infectieux, ils ne peuvent se multiplier sur les terrains d'épandage.

L'actinomycose. — M. Crookshank ne croit pas que l'actinomycose de l'homme et celle du bœuf aient identiquement le même parasite; il s'agirait de deux variétés d'un même champignon.

M. Ponfick pense au contraire qu'il s'agit toujours de la même maladie. C'est le plus souvent par les aliments que l'actinomycose est inoculée; il a vu un abcès parasitaire survenir chez un garçon de ferme qui avait mâché une petite paille, puis en avait avalé une partie.

M. Nocard insiste sur l'irrégularité de la distribution géographique de l'actinomycose. Dans certains pays, elle est endémique; dans d'autres, elle manque complètement. En France, la maladie est assez rare et ne semble pas se propager facilement. Les produits alimentaires ont la plus grande influence sur son développement, car la pâture peut être infectée. L'homme peut alors devenir malade s'il fait usage de légumes crus.

En Russie, d'après M. Ivanoff, la maladie est très fréquente chez les bestiaux. Pour lui, elle n'est pas infectieuse et reste localisée à l'animal frappé.

M. Doyen rapporte trois cas d'actinomycose chez l'homme. Dans un de ces cas, il s'agissait d'une pérityphlite chronique qui se compliqua bientôt d'un phlegmon profond. Le pus était stérile et ne renfermait que des grains actinomycosiques. M. Doyen n'a pas

trouvé que les parasites aient les mêmes caractères dans la maladie du bœuf et celle de l'homme. Les caractères différentiels qui se manifestent dans les cultures sur les milieux solides, la tendance du champignon à se montrer un agent pyogène capable de provoquer par lui-même l'inflammation, la suppuration et la fièvre, doivent faire admettre qu'un certain nombre de cas décrits jusqu'ici comme actinomycose de l'homme diffèrent essentiellement de l'actinomycose du bœuf, la réaction variable des tissus de diverses espèces animales (tumeurs inflammatoires indurées, suppurations) ne pouvant suffire pour différencier l'une de l'autre, deux bactéries analogues.

En France, l'actinomycose est rare chez les animaux, relativement à sa fréquence dans d'autres pays. Chez l'homme, depuis le cas de M. Nocard, il n'y a, en France, que quatre observations précises d'actinomycose, dont une inédite de M. Netter.

Parmi les trois malades de M. Doyen s'en trouvait un qui avait l'habitude de mâcher, dans les champs, des grains de blé ou d'orge.

M. Salmon fait remarquer qu'en Amérique la proportion des animaux infectés ne dépasse guère 2 p. 1000.

M. Walley pense que l'on devrait ranger l'actinomycose parmi les maladies infectieuses.

MM. Barret et Simpson la regardent comme peu ou pas contagieuse; on pourrait donc permettre la consommation de la viande provenant d'animaux infectés, les parties malades étant rejetées. *(A suivre.)*

CORRESPONDANCE

Alexandrie, août 1891.

Monsieur le rédacteur en chef,

Lecteur assidu de votre journal, j'ai admiré et apprécié tous les efforts du corps médical français, dans le but de trouver et de détruire les sources des maladies infectieuses, et spécialement d'empêcher la propagation de la tuberculose.

On a beaucoup parlé du lait, de la viande, des chemins de fer et de tant d'autres sources de contagion; mais a-t-on suffisamment, jusqu'à ce jour, fixé les yeux sur les églises, les couvents et surtout les pensionnats, où l'infection est de la plus haute gravité, puisqu'elle atteint la jeunesse, c'est-à-dire l'espérance et l'avenir du genre humain?

Faites une inspection dans une cathédrale, examinez-en l'air, la poussière, et je suis certain que, obtenant les mêmes résultats que moi, vous serez de mon avis, c'est-à-dire que ces édifices, dans l'état actuel, ne contribuent guère à la santé publique.

Jetez un coup d'œil sur les bateaux faisant le service d'Afrique, qui amènent en Egypte, en Algérie et sur d'autres points du littoral, des quantités de tuberculeux; croyez-vous que les cabines de ces navires qui repartent sans prendre aucune mesure de désinfection, ne soient pas une source de contagion pour le nouveau passager qui prend la place du précédent? N'y a-t-il pas là des agents de transmission assez importants pour fixer les regards d'un Congrès.

J'espère que ma voix sera entendue par les nombreux et honorés savants qui viennent de se réunir pour étudier les moyens de combattre la tuberculose, et que leur attention se portera sur les sources de contagion que je signale.

Agréez, je vous prie, etc.

A. Dr Cegan,
medico-chirurgo in Egitto.

VARIÉTÉS

Les médecins du département de la Seine viennent de fonder une Association analogue aux Associations fondées par les médecins étrangers et par les médecins de province,

sous le nom d'Association syndicale professionnelle des médecins de la Seine. Elle a été autorisée par arrêté de M. le préfet de police en date du 17 juin 1891. Les syndicats des professions libérales n'étant pas encore reconnus par la loi, l'autorisation peut leur être accordée, mais seulement sur la demande d'un certain nombre de personnes des plus honorables. Ces syndicats datent même en France de plusieurs années, et ils étaient compris dans le Congrès des syndicats qui eut lieu en 1886.

Dès que l'autorisation fut accordée, une assemblée des membres signataires désigna le bureau définitif, et le président adressa au corps médical une circulaire qui, par suite de sa concision forcée, a prêté à quelques critiques erronées ou mal intentionnées.

C'est ainsi qu'en parlant du repos du dimanche, nous n'avions aucune intention d'interdire aux médecins les visites de ce jour, mais seulement de procurer un repos souvent nécessaire, tout en donnant aux malades des facilités plus grandes de trouver un médecin les jours fériés. Ce résultat peut être obtenu par un groupe de confrères s'entendant pour qu'il y en eût toujours un de garde — si l'on me permet le mot —, ce qui n'implique pas que les autres ne puissent faire des visites.

On a dit aussi que les médecins de cette Association s'engageaient à ne faire de visites qu'aux malades payants. Nous sommes presque obligés de voir dans cette observation un intérêt personnel, car les vrais pauvres trouvent toujours un médecin, et voudrions-nous qu'ils soient privés de soins, qu'à Paris cela serait impossible avec les services organisés tels qu'ils sont. Disons même que le pauvre a intérêt à s'adresser aux médecins chargés de ces services, car il a les médicaments gratuitement. Notre désir, c'est de ne pas voir les faux pauvres abuser de nous au détriment de ceux qui sont malheureux, et ne venez pas dire qu'il ne sont pas nombreux. La préfecture de police a été obligée de faire payer à ceux qui le pouvaient les visites de nuit. Les faux pauvres attendaient 10 heures du soir pour demander un médecin au poste de police. Les catégories de faux pauvres sont innombrables, et ils occupent souvent des positions brillantes qu'ils cherchent à dissimuler, et s'ils sont découverts, du coup ils ne possèdent plus rien, c'est leur femme qui les entretient. Nous n'insisterons pas ici, nous ne voulons donner qu'un exemple.

Ce que cette association se propose, c'est d'amener les médecins à se réunir et à se fréquenter, et par suite à s'apprécier, nous pensons qu'ainsi cesseront ces tristes rivalités qui se voient trop souvent entre confrères voisins, et naissent toujours d'un malentendu. C'est aussi de leur permettre de discuter toutes les questions qui peuvent les intéresser, et qu'il serait trop long d'énumérer. C'est, mieux encore, de leur permettre d'assurer leur avenir et celui de leur famille.

Et en cela nous ne voulons point faire de concurrence aux sociétés déjà fondées et qui ont rendu de grands services : l'Association générale des médecins de France, l'Association des médecins de la Seine, le Concours médical, l'Association médicale mutuelle contre les maladies; nous espérons au contraire leur apporter une aide précieuse, tout en leur demandant l'appui confraternel que mérite notre jeune société.

Nous ne sommes pas une association de combat, nous sommes une association de concorde, nous ne formons pas un corps doctrinaire, nous demandons que chacun vienne discuter son opinion pour la faire prévaloir. Nous n'éliminons que l'homme taré, ce qui doit être bien rare dans le corps médical.

Si nous ne pouvons remédier à tous les maux, nous nous efforcerons à les soulager; plus l'entreprise est difficile, plus il faut d'entente. Et pour cela, il est nécessaire que certains de nos confrères veuillent mettre de côté leur timidité et sachent bien qu'ils ont tout intérêt à se réunir à nous pour résoudre les questions qui les intéressent.

Nous souhaitons que ceux qui n'ont plus besoin d'aide se souviennent de leurs débuts, et songent aux revers qui peuvent survenir, que ceux qui jouissent d'une situation privilégiée comprennent que la fortune et les honneurs les obligent envers les moins heureux. Et nous espérons fermement que nous arriverons à former une association durable, les uns apportant leur bonne volonté, les autres leurs conseils et leur expérience.

Dr Launay,
Secrétaire général de l'Association syndicale
des médecins de la Seine.

COURRIER

Sanatorium d'Arcachon. — Le Conseil général de la Gironde a voté un crédit de 3,000 francs pour l'envoi d'enfants pauvres au sanatorium maritime d'Arcachon.

Ecole d'anthropologie. — Dimanche, 6 septembre, excursion à Amblainville sous la direction de M. A. de Mortillet. Collection préhistorique et dolmens d'Arronville et de Ménouville.

Rendez-vous gare du Nord, devant le guichet de la ligne du Tréport, à 8 h. 15 du matin.

La mortalité en Angleterre autrefois et aujourd'hui. — Il y a deux cents ans, la mortalité en Angleterre était de 80 p. 1000; elle était de 25 p. 1000 il y a cinquante ans; elle est tombée à 17,85 en 1889. Ce résultat est d'autant plus remarquable qu'en ce pays la natalité l'emporte de beaucoup sur la mortalité. Or nul n'ignore qu'une nombreuse natalité augmente le coefficient mortuaire annuel.

En France, le coefficient mortuaire qui était de 28 p. 1000 au commencement de ce siècle, est aujourd'hui de 22,29. Malheureusement, le coefficient de la natalité est tombé de 30 à 25 p. 1000. Chez nous le coefficient mortuaire supérieur de 5 p. 1000 à celui de l'Angleterre, serait bien plus élevé si notre natalité égalait celle de l'Angleterre.

Les suicides a Berlin. — Le ministre de la justice de Prusse vient d'inviter différents directeurs des hôpitaux de Berlin à lui transmettre leurs appréciations sur les causes des suicides dont le nombre va augmentant d'une manière effrayante dans la capitale. Du 1er juillet au 15, il y en a eu, à Berlin, 147. La plupart des chefs de service dans les cliniques attribuent ces suicides à l'abus croissant du schnaps ou eau-de-vie de pommes de terre, que les Berlinois ont pris l'habitude, depuis peu, de boire avec la bière.

(*Progrès médical.*)

Une façon de tuer les moustiques. — Un savant allemand, M. Scherer, vient de faire connaître, dans un journal de Wurtemberg, un appareil capable, dit-il, de combattre victorieusement les moustiques et de les vouer à une mort inévitable. L'appareil est simple : un chandelier, un flambeau de jardin, entouré d'une toile métallique, une bougie, une lampe à pétrole ou quelconque enfermées dans une lanterne dont les faces sont en toile métallique, suffisent. La toile est mise en rapport avec les pôles d'une petite bobine d'induction, alimentée par un courant électrique. Les moustiques arrivent en foule, attirés par la lumière; ils se heurtent à la toile métallique, reçoivent la décharge électrique d'induction et sont tués sur le coup... Mais il est bien clair que la moustiquaire électrique sera surtout pratique dans les hôtels des pays chauds, où l'électricité sert déjà à l'éclairage. Le soir, un flambeau électrique déposé dans la chambre servira à protéger le sommeil des voyageurs, et ce sera pour eux un précieux débarras.

(*Journal d'Algérie.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital Tenon. — M. le docteur L.-G. RICHELOT.

Traitement de la rétroversion utérine (1).

Messieurs,

Je vous ai dit que les rétroversions mobiles ou adhérentes formaient deux classes absolument distinctes au point de vue des indications. Nous parlerons d'abord des premières.

La thérapeutique des rétroversions mobiles ou mobilisables comprend un certain nombre de traitements qu'on pourrait appeler préparatoires.

Les injections chaudes sont peut-être le plus utile de ces traitements; elles décongestionnent l'utérus et les régions péri-utérines. Mais on les fait généralement très mal; il faut suivre certaines règles, un peu minutieuses, mais nécessaires pour qu'elles produisent tous leurs bons effets. L'appareil le meilleur pour les administrer est celui de Reclus; il se compose d'un réservoir de 10 litres, avec un tube de caoutchouc muni d'un petit spéculum de Fergusson que la malade doit s'introduire elle-même. De ce spéculum,

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 27 août 1891.

FEUILLETON

CAUSERIE

Le charlatanisme médical revient de temps en temps sur l'eau. En voici un nouveau cas, nouvel exemple de la crédulité populaire vis-à-vis de cette peu intéressante catégorie d'individus qu'on appelle des charlatans.

Par commission rogatoire des parquets de Seine-et-Oise et de Seine-et-Marne, le commissaire de police du quartier Saint-Germain-l'Auxerrois a été chargé de rechercher à Paris une espèce de charlatan qui, se disant docteur en médecine, a escroqué des sommes assez fortes à un grand nombre de personnes.

Cet individu, qui a pris successivement les noms de Galvin, Moreau, Guillemin et Guilvin, expédiait en province des prospectus étourdissants de verve dans lesquels il vantait ses mérites de médecin guérisseur et annonçait sa prochaine arrivée dans tel endroit. Les consultations étaient gratuites pour tout le monde. Seulement, le charlatan trouvait le moyen, par un boniment dont ses prospectus donnent une idée, de soutirer 100 francs aux plus huppés de la commune.

Le prétendu Galvin emportait dans des bouteilles cachetées et étiquetées le « superflu de la boisson » des malades qui se confiaient à ses soins et promettait de leur envoyer l'analyse du liquide.

muni d'un bouchon en caoutchouc, part un tube de décharge par où sort l'eau de l'injection. Cette disposition très simple protège la vulve contre l'eau chaude, et permet de faire des injections *prolongées* et *à 50°*, seule température qui soit réellement efficace. J'ai vu plus d'une fois des malades qui paraissaient atteintes de lésions graves du petit bassin, et qui souffraient au point qu'on pouvait croire à l'existence de pyo-salpingites, se calmer si bien dans l'espace d'un mois sous l'influence de ce traitement, que je leur trouvais ensuite des lésions banales et justiciables d'une thérapeutique très simple.

Je ne ferai que vous indiquer l'emploi des tampons de glycérine, l'application de révulsifs sur le ventre. Un ou deux vésicatoires soulagent assez bien la douleur, mais il faut se garder de les répéter indéfiniment, à cause de la cystite cantharidienne. Pour obtenir une révulsion prolongée, les pointes de feu sont de beaucoup préférables.

Depuis quelques années, on a grandement préconisé le massage de l'utérus. C'est un moyen dont je ne veux pas nier les bons effets dans certains cas; je me bornerai à vous dire en ce moment que je n'en ai pas l'expérience.

La dilatation et le curage, dirigés contre la métrite, les opérations anaplastiques sur le col, ont souvent amendé les symptômes. On peut avoir ainsi d'assez longues rémissions; mais on n'obtient, en somme, qu'une guérison temporaire. D'une façon générale, il faut arriver, tôt ou tard, à traiter la rétroversion pour elle-même.

Cela dit, je suppose la déviation mobile ou mobilisée. Quels traitements allons-nous lui faire subir? Comme pour d'autres déplacements, il faut réduire et maintenir réduit.

Je vous citerai d'abord les procédés de réduction manuelle. Courty plaçait la malade dans la position genu-pectorale et introduisait une valve de Sims pour attirer en haut la paroi vaginale postérieure; le corps de l'utérus tendait alors à reprendre sa position normale. Si la réduction ne se fait pas d'elle-même, on peut aller repousser le corps utérin avec le doigt porté

Avec ça ils étaient sauvés.

Le faux docteur une fois en rase campagne envoyait ses bouteilles au diable et disparaissait avec l'argent. Jamais on n'entendait plus parler de lui. C'est ce qui a fâché bon nombre de gens qui ont porté plainte contre lui. Ce Mangin de la médecine n'a pu être encore retrouvé.

Les petits et grands journaux, qui racontent ces histoires et daubent les pauvres diables qui se sont laissés prendre aux boniments des charlatans, sont un peu les complices de ceux-ci. En effet, voyez leur quatrième page; est-ce qu'il n'y a pas toujours un tas de réclames en faveur du traitement des *maladies prétendues incurables* ou *secrètes?* Affections de la peau, dartres, plaies variqueuses, anémie, chlorose, épuisement, hémorrhoïdes, asthme, catarrhe, les maladies contagieuses les plus invétérées, la coqueluche, les névralgies, et surtout l'affreux cancer, avec ou sans opération, tout cela doit se guérir au moyen d'un remède infaillible. Et l'expérience ne guérit personne, ni de la maladie ni de la crédulité.

*
* *

Pendant que l'on discutait au Congrès international de Londres les questions les plus diverses sur l'hygiène, avec le plus grand désir de les résoudre, les principales puissances, qui y avaient envoyé des délégués, se disputaient au Caire sur la question de l'assainissement de cette ville. C'est, paraît-il, le cauchemar des puissances européennes.

dans le cul-de-sac postérieur, et même saisir le col avec une pince-érigne pour le tirer en sens inverse. Schultze a préconisé la « reposition bimanuelle »; il repousse le corps par le cul-de-sac postérieur, et par l'autre main, placée au-dessus du pubis, il saisit le fond de l'organe et le ramène en antéversion. L'épaisseur des parois abdominales, la contraction musculaire peuvent singulièrement gêner la manœuvre.

La réduction par la sonde se fait avec des instruments de diverses formes; Trélat avait inventé une tige pour redresser l'utérus. Mais surtout, ce qu'il faut savoir, c'est que le redressement ne persistera pas, si on livre la malade à elle-même; il faut trouver maintenant un moyen de contention.

Le pessaire est, sans contredit, le plus simple; mais encore faut-il savoir s'en servir. On le conseille souvent avec légèreté et on l'applique encore plus mal. Ses indications, d'ailleurs, sont restreintes; il faut que la rétroversion soit absolument dépourvue de toute complication, autrement il est douloureux et il augmente le mal. Il ne tient pas toujours en place, à cause du relâchement du périnée; il faudrait alors pratiquer au préalable des opérations anaplastiques, mais, quand on a le bistouri en main, il y a mieux à faire que de reconstituer le périnée pour arriver à faire tenir un pessaire. Ajoutons qu'il y a bien des malades qui trouvent le pessaire incommode, répugnent à son emploi et refusent de s'y assujétir.

Il faut donc bien souvent recourir à des opérations proprement dites. La moins sanglante est l'*opération d'Alexander*, c'est-à-dire le raccourcissement des ligaments ronds, qu'on découvre dans le trajet inguinal et sur lesquels on tire afin de redresser l'utérus; on en résèque une certaine longueur et on fixe le moignon au niveau de la plaie. Cette opération peut réussir, mais il faut que l'utérus soit petit et très mobile; s'il est gros et lourd, il peut retomber en arrière. Quelquefois aussi, on trouve un ligament mince, adipeux, friable, qui se rompt sous les tractions. Bref, l'opération d'Alexander a sur le pessaire l'avantage d'être une opération qui, à supposer qu'elle réussisse, peut guérir la malade au lieu de constituer un

---

Nous lisons, en effet, dans le *Phare d'Alexandrie* :

« La question de l'assainissement de la ville du Caire, loin d'avoir reçu une solution, continue à faire l'objet de négociations très actives entre le gouvernement égyptien et le gouvernement français (ce dernier appuyé par le gouvernement russe).

« Le marquis de Reverseaux, agent et consul général de France, et M. Royander, agent et consul général de Russie, ont eu à ce sujet de fréquentes entrevues et ils sont pleinement d'accord pour poser au gouvernement égyptien certaines conditions *sine qua non*, sans l'acceptation desquelles la question des égouts sera renvoyée aux calendes grecques.

« Or, le gouvernement égyptien, ou plutôt l'Angleterre, cherche des moyens termes, pour arriver à une entente commune en soumettant aux deux gouvernements de Russie et de France d'autres propositions, telles que la nomination d'un arbitre qui serait appelé à juger, en cas de contestation dans l'acceptation d'un des projets, par la commission technique.

« Cette proposition, n'étant pas de nature à satisfaire les intérêts de la France et de la Russie dans cette question, n'a pas été acceptée par ces deux puissances, par conséquent l'affaire reste toujours dans le *statu quo.* »

Nous ajouterons que la question a été évoquée au ministère même par M. Ribot, qui veut, durant le congé de M. Reverseaux en France, la traiter directement entre Paris et Londres.

En choisissant comme siège de leur réunion la capitale de l'Angleterre, les hygiénistes

assujétissement et une infirmité; mais ses indications sont assez limitées et ses résultats précaires.

Depuis quelques années, on a beaucoup recommandé l'*hystéropexie*, ou fixation de l'utérus à la paroi abdominale. Je l'ai faite surtout pour des prolapsus, deux ou trois fois seulement pour la rétroversion mobile, celle dont nous parlons en ce moment, et je ne crois pas qu'on puisse en faire, en pareil cas, la méthode de choix. Sans doute, elle a sur le pessaire et sur l'Alexander, qui sont aveugles dans une certaine mesure, l'avantage d'être une opération franche, à ciel ouvert, qui permet de voir l'utérus et les annexes, de les explorer et de les traiter comme il convient. Mais, si elle est efficace, il est évident, d'autre part, qu'elle a trop d'importance pour un bon nombre de rétroversions qui viennent nous consulter. La laparotomie ne se fait pas au pied levé, et beaucoup de femmes, assez souffrantes pour demander une intervention, ne le sont pas assez pour consentir à ce qu'on leur ouvre le ventre. Il est bon d'avoir entre les mains une méthode que les malades acceptent plus volontiers; et la voie vaginale se présente naturellement, car, de ce côté, les femmes sont toujours plus faciles à persuader.

Or, l'*hystéropexie vaginale* existe. Il y en a même plusieurs procédés, mais le seul qui me paraisse digne d'être discuté est celui de Nicoletis. Il consiste à faire d'abord — après dilatation et curage, s'il y a lieu — une amputation sus-vaginale du col; puis, pour opérer le redressement, on prend la paroi postérieure du vagin, et, tirant sur elle, on va l'insérer par des points de suture au bord antérieur du moignon, tout en ménageant l'orifice utérin. Je n'insiste pas davantage sur le procédé, que j'ai décrit tout au long, avec figures à l'appui, dans l'*Union médicale* du 17 décembre 1889. Je vous dirai seulement que ce mode de suture de la paroi vaginale au moignon de l'utérus n'est ni plus difficile ni plus long à exécuter que la suture circulaire qui termine toute amputation sus-vaginale typique. Une fois accrochée, la paroi postérieure du vagin tire sur le bord antérieur du moignon à la manière d'un cordon de sonnette, l'abaisse et, par suite, redresse le fond de l'utérus.

---

du monde entier ont semblé vouloir dire que ce pays était le terrain de culture le plus favorable aux progrès hygiéniques. L'Angleterre suivra-t-elle cette impulsion ou s'obstinera-t-elle à ne vouloir observer les règles de l'hygiène publique, ou privée, ou internationale, qu'autant qu'elles ne gênent en rien sa politique?

*
* *

Il y a quelque temps, j'avais lu je ne sais plus où, dans un journal de médecine ou autre, peut-être bien les *Annales médico psychologiques*, à moins que ce ne soit les *Annales d'hygiène et de médecine légale*, une mésaventure arrivée à un pauvre diable dont la personnalité se dédouble sans qu'il puisse s'y opposer, et qui, une fois dans un état, ne se rappelle plus ce qu'il a fait dans l'autre. Ce pauvre homme, dans ses intervalles de lucidité, commet des actes qui l'amènent sur les bancs de la justice, où nous venons de le retrouver.

La dixième Chambre correctionnelle vient, en effet, de juger un nommé David, d'une quarantaine d'années, deux fois condamné déjà pour escroquerie. C'était une nouvelle escroquerie qui l'amenait encore devant la justice.

David, qui n'a fait que des études de droit assez sommaires, et qui n'a pas obtenu le diplôme de licencié, s'était fait passer pour avocat. Il avait ainsi surpris la bonne foi de diverses personnes qui lui avaient remis, à titre de provisions, des sommes d'argent, sur la promesse que David s'occuperait de leurs affaires. L'escroc disparaissait ensuite; et l'on n'entendait plus parler de lui. Le voilà donc assis au banc des prévenus, atten-

Quand j'ai préconisé l'hystéropexie vaginale à la Société de chirurgie, on m'a objecté que la traction exercée par la paroi postérieure sur l'utérus devait être illusoire; j'ai répondu que je ne faisais pas l'opération de Nicoletis chez des femmes à périnée relâché et à parois flasques et tendant au prolapsus. Les faits valent mieux que les raisonnements : on voit très bien, par l'examen au spéculum, au bout de plusieurs mois, que la paroi vaginale exerce une véritable traction sur le moignon de l'utérus et le maintien abaissé. J'ai une douzaine d'opérées chez qui j'ai parfaitement réussi de la sorte, et leur guérison est durable.

On a dit aussi qu'il y avait simplement guérison de la métrite et suppression de la douleur par l'amputation sus-vaginale du col; mais le redressement n'est pas contestable. On peut s'assurer, par le toucher rectal, que l'utérus est droit dans la cavité pelvienne, et le cathéter entre tout droit, sans s'incliner en arrière.

Un mot, pour finir, sur les rétroversions adhérentes. Leur traitement est, avant tout, le traitement des annexes malades; il se résume en deux mots : laparotomie ou hystérectomie vaginale.

La laparotomie conduit sur des ovaires kystiques, parfois suppurés, sur des trompes à parois épaisses ou transformées en poches purulentes. Il faut naturellement enlever ces lésions, qui dominent toute la scène, mais cela suffit-il pour guérir la rétroversion? Généralement, oui, car l'ablation des ovaires supprime l'hémorrhagie menstruelle et amène l'atrophie de l'utérus; alors tout rentre dans l'ordre, même quand la déviation persiste. D'ailleurs, en pédiculisant les ligaments larges, il arrive qu'on redresse l'utérus, et je possède plusieurs observations démontrant qu'il peut rester en bonne position, sans être fixé à la paroi.. Voilà pourquoi je ne fais pas, en général, l'hystéropexie comme complément de l'ablation des annexes. Mais, si je ne la crois pas ordinairement nécessaire, je ne la trouve pas contre-indiquée; elle peut être, à l'occasion, un adjuvant utile.

Reste, enfin, l'hystérectomie vaginale qui, dans les rétroversions anciennes, compliquées de lésions graves et bilatérales des annexes, constitue

---

dant le moment où le président va l'interroger. C'est un grand garçon, brun, aux moustaches tombantes, au regard voilé. Il a l'air quelque peu hébété. Enfin, son tour arrive.

— David, levez-vous! lui dit le président.

Le prévenu se lève.

— Vos nom et prénoms?

David ouvre de grands yeux, regarde le président et reste silencieux. Le magistrat réitère sa demande. Le prévenu persiste dans son mutisme.

Me Ludovic Raynaud, l'avocat de l'inculpé, prend alors la parole, et s'adressant au président : — Mon client, dit-il, tombe fréquemment en état d'hypnotisme, veuillez l'examiner. Peut-être une crise de cette nature vient-elle de se déclarer...

Et se tournant vers David : — Dormez-vous? s'écrie l'avocat.

N'obtenant pas de réponse, Me Ludovic Raynaud fait quelques pas dans la direction de son client, étend vers lui le bras, en écartant deux doigts : l'index et le médius — à la façon d'une personne qui *ferait les cornes* à un élève paresseux — et maintenant la main à la hauteur des yeux du prévenu, s'écrie :

— David, on vous interroge, répondez!

Aussitôt, se trouvant en quelque sorte fasciné par ce signe, le prévenu regarde fixement l'extrémité des doigts de son avocat et suit leurs mouvements. Me Raynaud, retirant progressivement la main, David, comme attiré par un courant magnétique, se dispose à franchir la cloison du banc des prévenus pour aller vers son magnétiseur. L'avocat rapproche alors ses doigts, qu'il semble vouloir enfoncer dans les orbites de l'inculpé. Mais

une précieuse ressource. Elle est radicale et d'une étonnante bénignité. Mais j'aurai occasion de vous en parler bientôt, non plus seulement à propos de rétroversion, mais en traitant à un point de vue plus général la question de l'intervention chirurgicale dans les lésions graves de la cavité pelvienne.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS

Grand hôpital de Bologne (section de M. le professeur Ruggi). — **Traitement des rétro-déviations de l'utérus**, communication du docteur G. Poppi, médecin assistant. (In *Riforma medica*, n° 187, août.) — En 1887, au Congrès chirurgical de Gênes, M. le professeur Ruggi donnait une relation sur ses premiers essais de redressement endo-abdominal de l'utérus, exécuté avec succès, en octobre 1886, sur une dame atteinte de rétro-flexion rebelle à tous les traitements, y compris le procédé d'Alexander.

On ne tint pas alors suffisamment compte de cette communication importante. Il y a pourtant lieu de signaler le travail qui fut fait depuis par M. le docteur Hector Micheli sur le même sujet, et d'après le procédé de Ruggi. Il faut également reconnaître que les travaux italiens, sur ce chapitre de gynécologie, ont été jugés à leur véritable valeur par le docteur Baudouin. (Paris, 1890 : *Hystéropexie abdominale, etc. — Du raccourcissement intra-abdominal les ligaments utérins.*)

Alexander et Adams, et, avant eux, Alquié (de Montpellier), en 1840, ont cherché, par le raccourcissement du ligament rond des deux côtés, à obvier aux déviations utérines. Je n'insisterai pas sur cette opération presque classique. Comme les ligaments ronds ne sont pas les seuls facteurs des déviations, on a tenté diverses opérations semblables sur les autres soutiens de la matrice, les ligaments utéro-sacrés, entre autres, et, en 1880, Schultze a essayé de démontrer leur importance dans la pathogénie des rétro-déviations. Vinrent ensuite Kelly et Frommel, qui exécutèrent cette délicate opération avec succès... L'abdomen est ouvert, les anses intestinales écartées, l'utérus est porté en avant de façon à mettre en évidence les ligaments utéro-sacrés, qui sont attirés et fixés par quelques points de suture de soie au péritoine des côtés latéraux du petit bassin; l'utérus fait, de

---

soudain, David recule, retombe assoupi sur son banc, et ne fait plus aucun mouvement.

Il est resté dans cet état pendant près de deux heures.

Par ordre du tribunal, un garçon est parti à la recherche du médecin. En l'absence du sympathique docteur Floquet, le médecin du Dépôt a été prié de se rendre à l'audience. Pourquoi n'est-il pas venu? Mystère.

Toujours est-il que la situation du tribunal commençait à devenir fort embarrassante, et celle du prévenu singulièrement critique, quand à force de lui souffler sur le visage et de mimer une série de gestes bizarres qui ont intrigué l'auditoire, Me Ludovic Raynaud est parvenu à réveiller David. Celui-ci, alors, s'est dressé brusquement sur son banc, d'un air effaré. Il a regardé ses juges en face et a répondu à leurs questions avec une parfaite lucidité.

Il a reconnu et avoué toutes les escroqueries qui lui étaient reprochées.

Tout le monde, cependant, était d'accord pour reconnaître qu'on se trouvait en présence d'un malade; et l'on s'est quelque peu étonné de voir condamner cet homme à un mois de prison.

Aussi, nous a-t-il paru curieux de compulser son dossier; voici le passage le plus saillant du rapport rédigé par un médecin aliéniste, M. le docteur G. Ballet, sur l'état mental de David :

David est atteint d'hystérie. Il est très aisément hypnotisable. Un bruit intense, la fixation du regard, une émotion subite et vive suffisent pour le faire tomber dans le som-

cette façon, une sorte de culbute qui modifie du tout au tout sa situation vicieuse et la rend normale.

Le procédé de M. le professeur Ruggi, qui compte aujourd'hui 43 succès, consiste à fixer le ligament rond, raccourci par un pli fait par des sutures, au péritoine pariétal, près de l'orifice interne du canal inguinal. La cavité du bassin est ensuite détergée, par de la gaze stérilisée, du peu de sang qui a pu s'épancher dans l'acte du décollement que l'on a fait des adhérences que le ligament rond a pu contracter avec les parties voisines.

Vylie (de New-York) a exécuté, en même temps que Ruggi, le raccourcissement des ligaments ronds, et par un procédé à peu près semblable, n'en différant que parce qu'il commence l'opération par l'ouverture du péritoine qui recouvre le ligament, afin, d'après lui, de rendre plus facile l'adhésion des parois.

Bode (de Dresde) et Baer (de Philadelphie) ont exécuté avec succès cette délicate opération. Polk et Dudley ont apporté quelques modifications de détail à ce procédé qui reste véritablement classique.

Nous citerons pour mémoire les injections irritantes dans le cul-de-sac de Douglas, de Schultze et de Sænger, dans le but de provoquer une inflammation adhésive.

L'auteur du mémoire que nous analysons a pu suivre, analyser, comparer toutes les autres méthodes proposées pour obtenir le redressement utérin; il accorde la préférence à la méthode de M. le professeur Ruggi. Les 43 malades opérées par ce chirurgien ont toutes guéri et le fonctionnement utérin a été normal depuis l'opération.

La résorcine, ses indications thérapeutiques, communication du docteur G. Cattani, médecin du grand hôpital de Milan. (In *Gazzetta degli ospitali*, n° 54, août.)— C'est surtout par son action parasiticide que ce médicament agit dans les différentes sortes d'angines, y compris l'angine diphthéritique, la coqueluche, etc. Moncorvo (de Rio-de-Janeiro) a du reste fait valoir depuis longtemps la valeur réelle de cet agent thérapeutique, qui s'emploie en badigeonnage dans une solution à 1 ou 2 p. 100 pour les angines simples, mais à doses plus concentrées, 10 et même 20 p. 100, dans les cas graves. Le docteur Cattani ajoute parfois un peu de cocaïne lorsqu'il est nécessaire d'obtenir une action analgésique plus intense, car les badigeonnages, surtout les premiers, provoquent souvent des spasmes laryngo-pharyngés. Ces badigeonnages doivent être continués, suivant la gravité des cas, toutes les heures ou toutes les deux heures, nuit et jour. Les résultats de cette médication ont été des plus encourageants dans la pra-

---

meil hypnotique. Cet état de sommeil ne se présente pas toujours avec les mêmes caractères, et nous devons ici insister particulièrement sur l'une des formes qu'il revêt.

Dans quelques cas, David, s'endormant spontanément, tombe dans un de ces états qu'on a désignés sous le nom de *condition seconde* et d'*automatisme ambulatoire*. Il ressemble alors à un homme éveillé, bien qu'il en diffère profondément. Il va, vient, est capable de causer et d'agir, de se livrer à des actes relativement compliqués. Il peut notamment monter en chemin de fer, descendre à l'hôtel et y retenir une chambre, soutenir une conversation, jouer aux cartes, sans que les personnes qui le rencontrent, ou qui causent avec lui, s'aperçoivent, à moins d'être prévenues ou d'y prêter une grande attention, qu'elles ont affaire à un individu en somnambulisme.

C'est durant cet état morbide qu'il est arrivé à David de faire de longues pérégrinations, d'aller de Paris à Troyes, sans qu'au réveil il ait gardé le moindre souvenir des faits qui se sont passés pendant la condition seconde.

Cette particularité vaut la peine d'être rappelée, parce qu'elle est de nature à démontrer, mieux que tout autre, la réalité des phénomènes dont nous venons de parler.

Un jour, il part de Paris et se retrouve sur l'une des places de Troyes. Comment y était-il venu? Il l'ignore. Il constate seulement à son réveil qu'il a perdu son pardessus et son porte-monnaie, renfermant une somme de 126 francs. Plusieurs mois après, durant son séjour à l'Hôtel-Dieu, il nous raconte son épisode. Nous l'endormons alors artificiellement; et comme, durant les crises de sommeil provoqué, les malades se rappellent d'habitude ce qui s'est passé pendant leurs crises de sommeil antérieur, David,

tique du distingué médecin milanais, qui, aujourd'hui, se sert et recommande même la résorcine en badigeonnages comme moyen hygiénique et prophylactique des maladies de la bouche et des organes respiratoires.

On sait que cette substance, unie à la vaseline dans les proportions de 10 p. 100, est un moyen qui a fait ses preuves dans un grand nombre de maladies de peau; on l'emploie en frictions au moment de la desquamation dans les affections exanthémateuses. M. le docteur Cattani a traité de cette façon 34 cas de scarlatine et n'a pas observé une seule fois de néphrite post-scarlatineuse.

Nous signalerons encore l'usage de la résorcine dans le pyothorax pour pratiquer les lavages pleuraux; M. le docteur Cattani se sert à cet effet d'une solution à 5 p. 100 à la température de 37°.

Dans deux cas compliqués de rougeole, l'auteur est parvenu, au moyen d'une série de lavages, à tarir l'écoulement purulent des plèvres et à guérir ses deux malades.

Enfin, dans l'usage interne, M. le docteur Cattani recommande la résorcine dans les affections du tube digestif qui reconnaissent pour causes la fermentation anormale des produits digestifs. Parmi les différentes formes de dyspepsie qui bénéficieraient le plus de l'emploi de la résorcine, nous noterons les gastrites alcooliques aiguës ou chroniques avec ou sans dilatation de l'estomac. On donne chaque jour 1, 2, 3 grammes de poudre de résorcine en prises successives de 25 à 50 centigrammes, une heure avant les repas.

Enfin, en associant la résorcine (2 ou 3 gr.) au chloroforme (3 ou 4 gr.) dans 250 grammes d'une solution amère quelconque, dont on fait prendre deux grandes cuillerées chaque matin et une avant chaque repas, on obtient peu à peu, en augmentant les doses, dans les affections cancéreuses du ventricule, la cessation des souffrances et l'arrêt des vomissements.

Origine infectieuse du rachitisme, par M. le docteur Stefano Mercoli. (In *Gazzetta degli ospitali,* 16 août.) — L'auteur, dans une précédente série de recherches bactériologiques, a démontré dans certaines maladies nerveuses (sciatique, chorée, hydrocéphalie) la présence des microbes pyogènes les plus connus et les plus typiques (staphylococcus et streptococcus) dans les organes nerveux malades. En continuant ses recherches sur des enfants morts d'hydrocéphalie et de rachitisme, il a pu non seulement confirmer les résultats précédents, mais, en étendant ses investigations aux os qui offraient les signes bien évidents du rachitisme, chapelet costal, ramollissement des os du crâne, il a pu

---

sollicité par nos questions, nous indique avec précision l'hôtel dans lequel il est descendu à Troyes, le numéro de la chambre qu'il a occupée, le meuble de cette chambre, sur lequel il a déposé son pardessus. Nous le réveillons; nous l'invitons à écrire à l'hôtel en question, où, étant éveillé, il ne se doute en aucune façon être descendu; et, deux jours après, à son grand étonnement et à sa vive satisfaction, il recevait son pardessus et son porte-monnaie que le maître d'hôtel avait fort heureusement mis en réserve...

Et maintenant, David est-il réellement responsable?

Telle est la question qu'il était difficile de ne pas se poser, après avoir assisté à ce curieux incident. Le tribunal semble l'avoir résolue en condamnant l'accusé, mais n'aurait-il pas mieux valu l'envoyer à l'hôpital qu'en prison?

Simplissime.

Mixture contre le délire, dans la pneumonie des alcooliques. Netchaiew.

Teinture de capsicum	5 à 10 grammes.
Eau distillée	200 —

Mêlez. — Une cuillerée à bouche toutes les deux ou trois heures, pour combattre le délire des alcooliques atteints de pneumonie. — N. C.

obtenir des cultures pures des microbes pyogènes. Les streptococcus existaient dans ces dernières recherches, mais étaient très rares cependant.

L'étiologie du rachitisme est donc parasitaire, d'après l'auteur, qui complètera bientôt ses recherches sur d'autres sujets et en formera un travail d'ensemble; il pense, dès à présent, que les microbes pyogènes, si répandus dans la nature, donnent, chez les adultes, presque toujours des phénomènes locaux; chez le enfants non encore habitués à ces micro-organismes, l'infection se généralise et se localise sur les organes ayant une grande activité formative et fonctionnelle, tels les système osseux et nerveux.

MILLOT-CARPENTIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES DE L'ÉTRANGER

SOCIÉTÉS DE MÉDECINE DE BERLIN (1[er] sem. 1891) (1).

SOMMAIRE : Maladies des voies respiratoires. — Communications diverses.

Tubage du larynx. — M. SCHWALBE a employé le tubage dans 10 cas de diphthérie; il y a eu 9 morts, causées, dans la plupart des cas, par la pneumonie ou la bronchite fibrineuses; ces dernières sont très fréquentes dans le tubage. L'alimentation devient difficile à la suite de l'opération, parce que les aliments s'engagent dans le tube. Quand l'obstacle à la respiration n'existe que dans le larynx, le tubage permet à la respiration de se faire convenablement; mais très souvent les mucosités s'accumulent dans le tube à cause de l'affaiblissement des mouvements respiratoires, et on doit le retirer pour le nettoyer; d'autres fois, il arrive qu'une fausse membrane s'y engage, ou bien qu'en l'introduisant on en repousse une dans la trachée. Dans les deux cas, il faut faire la trachéotomie d'urgence. Le tubage peut encore entraîner la nécrose de la trachée ou du larynx par compression.

L'opération est rapide et facile à faire. Assez souvent, on peut se passer de l'anesthésie. On a vu le gonflement d'un repli ary-épiglottique empêcher l'introduction du tube. Parfois, les enfants déchirent avec leurs dents le fil qui tient le tube et il devient alors assez difficile de retirer ce dernier.

En somme, pour M. Schwalbe, le tubage a plus d'inconvénients que d'avantages et la trachéotomie est préférable.

M. BAGINSKY a observé qu'immédiatement après le tubage, la respiration est plus facile; malheureusement, ce soulagement ne persiste que peu de temps, parce que le tube s'obstrue et on est forcé de le changer, parfois plusieurs fois par jour. Les résultats qu'a donnés le tubage à M. Baginsky sont loin d'être bons, et les enfants se nourrissent difficilement après l'opération.

M. ROSENBERG conseille de donner des lavements nutritifs chez les enfants auxquels on a appliqué le tubage; on peut aussi les nourrir en les plaçant la tête en bas. La mortalité n'est pas plus grande par le tubage que par la trachéotomie. Le premier peut être utile dans les compressions des voies respiratoires par un goitre, dans les rétrécissements cicatriciels, etc.

Emphysème pulmonaire. — M. P. GUTTMANN a montré les pièces anatomiques provenant d'un malade de 74 ans. Le poumon gauche était transformé en une vaste vésicule transparente remplie d'air; toutes les cloisons interalvéolaires avaient disparu.

Dans un cas de FRANTZEL, il existait une lésion du même genre; en même temps, il s'était produit un pneumothorax qui, du reste, n'avait pu diminuer le volume du sac. Pour Ponfick, il s'agirait là de malformations congénitales.

Empyème. — M. FRANCKEL a présenté un malade atteint d'un empyème tuberculeux, qui a très bien guéri par la méthode du siphon. On avait trouvé des bacilles dans les

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 1[er] septembre 1891.

crachats et dans l'épanchement. L'emploi du siphon réussit quand l'épanchement est récent, que les lésions tuberculeuses des poumons ne sont pas trop avancées. Quand le liquide qui remplit la plèvre est septique, il convient alors de faire de larges incisions évacuatrices.

L'asthme bronchique. — M. Lœvy a étudié au microscope les polypes muqueux du nez. Ils ne renferment pas de mucine, mais se composent d'un réseau fibrillaire qui renfermait du liquide coagulable par l'alcool et des cellules à sels vibratiles. Sur les préparations, il se forme rapidement des cristaux en pyramide analogues à ceux que Leyden a décrits dans l'asthme. Ces cristaux se rencontrent plus souvent dans les polypes du nez des asthmatiques que dans les polypes que l'on enlève chez des malades qui ne sont pas atteints de cette névrose. Ils ne se trouvent pas dans le sang des asthmatiques, non plus que dans le sang qui s'écoule au moment de l'opération; on ne les a jamais reucontrés dans d'autres tumeurs.

M. Scheinmann a vu dans beaucoup de cas l'asthme se développer sous l'influence de la neurasthénie. Cependant cette dernière peut manquer chez des asthmatiques avérés. Dans beaucoup de cas, ces malades ont de l'hyperesthésie de la muqueuse nasale, sans que la pituitaire présente d'autre altération appréciable. C'est alors un symptôme de la neurasthénie. L'inverse peut aussi se présenter et des lésions nasales déterminer l'hyperesthésie et consécutivement la neurasthénie et l'asthme. Alors, en combattant l'hyperesthésie, on agira sur le reste des phénomènes. La cocaïnisation de la muqueuse peut couper immédiatement un accès d'asthme et guérir la neurasthénie. On peut donc regarder comme favorable le pronostic de l'asthme lié à l'hyperesthésie de la muqueuse pituitaire.

M. Leyden admet l'existence d'un broncho-spasme dans l'asthme, mais, cependant, il est difficile, lorsque les poumons sont sains, de regarder le spasme comme la cause de la maladie. Elle se caractérise pas la transsudation d'une espèce de lymphe dans les alvéoles; cette sécrétion passe ensuite dans les petites bronches. Les crachats des malades sont séreux, mais non muqueux; ils renferment de grandes cellules, des cellules éosinophiles et des cristaux décrits par Charcot. Ces cristaux se rencontrent aussi dans le sang, dans la moelle des os, dans la rate et dans les polypes du nez. Comme le sang des asthmatiques renferme beaucoup de cellules éosinophiles, il est possible que l'apparition des cristaux soit en rapport avec celle des cellules.

Il est certain que l'asthme est souvent en connexion soit avec la neurasthénie soit avec des affections du nez, surtout les polypes. Cependant, il ne faut pas généraliser cette dernière étiologie et, dans un cas, M. Leyden a vu des accès d'asthme, qui avaient d'abord cessé à la suite de l'extirpation d'un polype, reparaître ensuite.

Les cellules éosinophiles sont à deux noyaux, renferment de fines granulations jaunâtres et se colorent facilement par les couleurs d'aniline à principe colorant acide. Elles existent dans le sang des individus sains, mais sont très abondantes dans la leucémie. Ces cellules existent toujours dans les crachats des asthmatiques au moment des accès; elles disparaissent ensuite. On peut trouver quelques cellules éosinophiles dans l'expectoration de la pneumonie, dans la tuberculose, très rarement dans le mucus nasal chez les gens enrhumés.

Dans le sang normal, d'après M. Guttmann, il y a à peu près 10 cellules éosinophiles pour 100 leucocytes.

M. Lazarus a produit un accès d'asthme par l'excitation du nerf vague. Les cristaux que l'on rencontre dans les fosses nasales dans l'asthme ne sont pas la cause des accès, non plus que les cellules éosinophiles. C'est la neurasthénie qui est l'origine de la maladie.

Tumeurs primitives du poumon et de la plèvre. — M. Schwalbe a étudié les tumeurs malignes du poumon. La grosseur de ces tumeurs est très variable et peut être considérable; dans certains cas, le néoplasme forme une infiltration diffuse ou se dispose en champignon qui recouvre l'organe. Assez souvent il arrive que les tumeurs se développent sans se manifester par aucun symptôme, surtout lorsqu'elles sont situées au centre

du poumon. Ceux qui sont superficiels donnent lieu aux phénomènes des infiltrations chimiques de l'organe; il se développe une cachexie rapide, les malades souffrent beaucoup, les espaces intercostaux se dilatent, il se forme des tumeurs métastatiques, les ganglions s'infectent, etc. La pleurésie hémorrhagique viendra confirmer le diagnostic. Il faut, pour pouvoir affirmer la maladie, trouver des parcelles néoplasiques dans les crachats ou l'exsudat pleurétique; mais cette constatation ne peut se faire que rarement. Lorsque le malade n'est pas phthisique, et qu'il n'y a pas de gangrène pulmonaire, la présence de fibres élastiques dans les crachats est importante pour affirmer le siège dans le poumon.

On doit encore chercher à savoir si l'on a affaire à un carcinome primitif ou secondaire, s'il s'agit d'un carcinome ou d'un lympho-sarcome. Ce dernier est plus fréquent; il entraîne souvent la production d'une respiration soufflante qui manque dans le carcinome primitif; cela tient probablement à ce que les ganglions sarcomateux compriment les bronches.

Le cancer primitif de la plèvre est excessivement rare; ce que l'on rencontre dans la majorité des cas, c'est le sarcome. Il y a toujours développement des ganglions bronchiques.

M. A. Frankel a vu récemment plusieurs cas de lympho-sarcomes des poumons. Chez un de ses malades, il retira de la plèvre un liquide séro-fibrineux, limpide, qui contenait de grosses cellules rondes ou en massue, réfringentes, jaunâtres, renfermant une ou deux vacuoles. D'autres corps cellulaires semblaient formés par deux cellules rapprochées et séparées par une cloison; enfin, il y avait des cellules vacuolaires géantes qu'Erlich a déjà décrites. Les crachats couleur de chair musculaire ou de brique sont très importants pour le diagnostic si le malade n'est pas phthisique.

Le sarcome entraîne habituellement la respiration soufflante, parce qu'il se développe dans les ganglions bronchiques.

M. Litten a trouvé les cellules qu'a décrites M. Franckel dans des épanchements de la plèvre sans tumeur. Probablement il y a gonflement du protoplasma par imbibition de liquide.

IV

Amibes de la dysenterie. — M. Vasse a pu trouver, dans l'intestin et les abcès du foie gangrénés d'un homme atteint de dysenterie, des amibes déjà signalés par plusieurs auteurs.

Hémorrhagie dans la cirrhose du foie. — Dans un cas, où le malade mourut d'hématémèse, M. Klemperer ne trouva aucune lésion veineuse dans l'œsophage ou dans l'estomac; il croit que les hémorrhagies proviennent de la surface de la muqueuse, qu'elles dépendent de l'altération du sang. Le résultat de l'autopsie reste alors à peu près négatif. Les hémorrhagies, dans la cirrhose du foie, n'annoncent pas toujours une mort prochaine, loin de là, et la maladie peut guérir complètement. La perte de sang améliore même parfois la situation générale.

M. Leyden admet l'existence d'une stase sanguine dans tous les vaisseaux tributaires du système porte; cette stase peut naturellement disparaître après la mort. Les hémorrhagies sont mortelles chez les cirrhotiques qui n'ont que peu ou pas d'ascite. M. Leyden a pu constater chez un malade la réouverture du conduit veineux d'Arantius faisant communiquer la veine cave inférieure et la veine porte.

La bactériologie de la fièvre jaune. — M. Domingo-Freire a décrit le microbe amaryl ou cryptococcus xantogenius qui est rond et a un diamètre de 1 millième de millimètre. C'est exclusivement un micro-organisme tropical. Assez souvent, le cryptococcus forme des chaînettes; il donne naissance dans les cultures à des pigments jaune et noir. Le premier est soluble et colore les téguments des malades; le second teint les vomissements. Quand on injecte aux cobayes du sang des malades ou des cultures des microbes, on reproduit la fièvre jaune; les ptomaïnes ne produisent que certains symptômes. La transplantation atténue les cultures et l'on peut rendre l'homme réfractaire à la maladie L'inoculation produit un ensemble de phénomènes qui rappellent ceux du début de la

fièvre jaune ; tout disparaît après quarante-huit heures. Quelquefois il se produit de l'ictère. M. Domingo-Freire a fait un grand nombre d'inoculations; la mortalité moyenne des individus inoculés est de 0,4 p. 100.

Exostoses multiples. — M. RUBINSTEIN a montré une jeune fille de 18 ans qui, à la suite d'une rougeole survenue à l'âge de 7 ans, vit se développer sur les os un grand nombre d'exostoses. Actuellement, elle en présente 20, dont la grosseur varie entre celle d'une noix et celle d'une petite pomme. Il y a en même temps des déformations diverses : genu valgum, pied plat, etc.

Spina-bifida. — M. JOACHIMSTHOL a présenté une enfant de 5 ans dont la région lombaire est couverte de cheveux disposés sur la ligne médiane sur une longueur de 12 centimètres; à la place de l'apophyse épineuse de la troisième vertèbre lombaire, on peut trouver une petite voussure, ce qui tient peut-être à l'existence d'un spina-bifida latent.

Développement d'un appendice caudal chez l'homme. — M. BARTELS a fait voir un homme qui présentait dans la région sous-coccygienne une tumeur semblant être un fibrolipome. La vertèbre coccygienne supérieure est plus saillante et plus large qu'à l'état normal et le coccyx plus plat.

COURRIER

CONFLIT ENTRE L'ADMINISTRATION ET LES INTERNES DES HÔPITAUX DE MARSEILLE. — Les journaux de Marseille s'étant plaints à diverses reprises du refus de l'admission des malades dans les hôpitaux, les internes ont tenu à dégager leur responsabilité par une note parue dans la presse locale.

La publication de cette note fut aussitôt suivie d'une mesure disciplinaire consistant en la suspension du traitement pendant trois mois et la suppression des sorties du soir; cette mesure atteignit tous les internes de l'hôpital de la Conception.

Ceux-ci, refusant de se soumettre à la seconde partie de la punition, ont demandé qu'elle fût rapportée, en déclinant toute responsabilité dans le cas où, l'administration persistant dans ce refus, ils se verraient obligés d'abandonner le service des malades.

L'administration des hospices maintenant l'intégralité de la punition, tous les internes viennent d'adresser collectivement leur démission au président de la commission administrative des hospices.

Les services médicaux sont donc en souffrance. Tous les externes et tous les étudiants appuient les revendications de leurs camarades, lesquels se sont assuré également par lettre le concours des internes et étudiants des autres villes.

COURS DE VACANCES. — Le docteur Landouzy, agrégé, médecin de l'hôpital Laënnec, fera, chaque jour, audit hôpital, à dix heures du matin, à partir du lundi 14 septembre, avec l'aide de ses anciens internes, un cours théorique, pratique et clinique de médecine interne, avec démonstrations bactérioscopiques (présentation : sur préparations; sur milieux de culture; sur animaux inoculés) des éléments pathogènes ressortissant aux maladies et aux malades étudiés dans le cours : pneumonie, érysipèle, diphthérie, charbon, tuberculose, fièvre typhoïde, etc., etc.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Hôpital Trousseau. — M. le docteur Sevestre.

Les grandes indications thérapeutiques chez l'enfant.

Messieurs,

La thérapeutique, chez l'enfant comme chez l'adulte, doit être basée sur les indications et non sur l'empirisme; il ne faut pas appliquer un traitement quelconque sans savoir ce que l'on fait. Les recherches modernes, en nous éclairant sur la cause de beaucoup de maladies, sur le mécanisme de beaucoup de leurs symptômes, ont rendu plus faciles l'appréciation des indications.

En 1869, Grisolle, dans la fièvre typhoïde, prescrivait un grand nombre de remèdes sans savoir probablement toujours pourquoi.

En 1872, Jaccoud pose déjà trois indications fondamentales dans le traitement de la dothiénentérie : soutenir les forces, combattre la fièvre, combattre les congestions passives qui se produisent dans les poumons.

Aujourd'hui, nous connaissons le rôle de l'infection dans la genèse de la maladie et savons prévenir sa dissémination. Le traitement antiseptique n'a cependant pas encore produit tout ce qu'on était en droit d'attendre de lui.

Ce traitement, dans l'érysipèle, a donné de meilleurs résultats. On doit prescrire l'acide salicylique à l'intérieur et attaquer la maladie à l'extérieur par les lotions salicylées, les pommades au salol et les bains d'acide borique.

Une nourrice des Enfants-Assistés était atteinte d'un érysipèle migrateur qui durait depuis plusieurs semaines et que l'acide salicylique administré par l'estomac à la dose de 1 gr. 50 et 2 grammes, bien qu'il ait abaissé la température, n'avait pu arrêter; la maladie disparut rapidement sous l'influence de bains boriqués.

Avant d'administrer un médicament quelconque, il faut s'enquérir de l'état de tous les organes et examiner soigneusement les reins, afin de s'assurer qu'ils peuvent toujours remplir leur rôle éliminateur. Du reste, chez l'enfant, les organes sont habituellement sains.

On doit se guider, pour faire les prescriptions médicamenteuses, non seulement sur la maladie, mais encore sur l'apparence qu'elle revêt, sur sa forme. Une maladie bénigne pourra être traitée par de simples prescriptions hygiéniques, tandis que certaines localisations exigeront une thérapeutique active.

Je voyais, il y a peu de temps, un enfant qui en était au troisième jour d'une scarlatine. A ce moment, l'éruption disparut subitement et il se produisit un diarrhée très intense dépendant évidemment d'une localisation anormale. Je cherchai alors à ramener l'éruption à la peau par des bains sinapisés. J'ai donc été conduit par un accident spécial à employer un moyen dont on se sert rarement dans la scarlatine. Le bain froid peut encore être utile dans des cas de ce genre.

Chez l'enfant, les vices d'hygiène sont très souvent la cause d'affections plus ou moins graves, en tête desquelles il faut placer celles du tube digestif. La notion pathogénique a donc une grande importance et vous pouvez beaucoup pour prévenir la maladie, pour préserver, par exemple, les petits malades confiés à vos soins de la scrofule ou du rachitisme.

L'hygiène joue encore un grand rôle dans les affections d'origine microbienne non seulement en les prévenant, mais encore en diminuant leur gravité. Il y a quelques mois, la rougeole était très grave aux Enfants-Assistés, car elle causait 56 p. 100 de morts. Actuellement, la situation des salles est bien meilleure, les pratiques de l'antisepsie bien mieux appliquées et la mortalité a baissé de moitié.

Les maladies aiguës, chez les enfants, peuvent guérir spontanément avec la simple hygiène. Chez eux, en effet, l'intégrité des émonctoires fait qu'ils éliminent facilement les bacilles et les produits toxiques.

Cela ne veut pas dire, Messieurs, que l'on doive de croiser les bras; il faut faire de l'expectation, mais non rester dans l'inaction.

Les enfants ont une impressionnabilité nerveuse excessive qui s'exagère encore lorsqu'ils sont malades; les réflexes, chez eux se produisent très facilement. On doit ménager autant que possible cet état particulier du système nerveux.

Ils ont un besoin de réparation considérable, les aliments leur sont presque toujours indispensables et ils supportent fort mal la diète.

Les indications thérapeutiques sont peu nombreuses dans le jeune âge, mais, lorsqu'elles se présentent, il faut les remplir avec énergie, rapidité et décision, car, souvent, les maladies évoluent très vite.

Vous devez vous préoccuper beaucoup du mode d'administration des médicaments. C'est ainsi, par exemple, qu'il est souvent difficile de faire prendre du naphtol à un enfant. La potion sera toujours plus facilement acceptée que le cachet ou les pilules. Si vous donnez du chlorate de potasse, vous pouvez formuler de la façon suivante :

Eau	120 grammes.
Chlorate de potasse	1, 2, 3 grammes.
Sirop de framboises...................	30 grammes.

Cette potion sera d'un joli aspect, se rapprochant de celui des boissons habituelles, et aura un bon goût. Il vaut mieux la donner dans un verre ou un gobelet que dans une cuiller, cela effrayera moins le petit malade. On peut mêler certains médicaments avec les aliments. C'est ainsi que l'on pourra administrer la magnésie dans du chocolat ou du café au lait.

Si, pour l'administration du sulfate de quinine, on formule des pilules de 0,01 à 0,02, on devra le mélanger à de la confiture ou à du miel. Parfois, on préfère le lavement, mais il faut compter sur de la perte et augmenter la dose à peu près d'un tiers.

On a proposé la formule suivante, qui réussit à dissimuler à peu près l'amertume :

Sulfate de quinine........................	0 gr. 50 centigr.
Acide sulfurique dilué à 1 p. 100........	0 gr. 50 —
Essence de menthe........................	V gouttes.
Solution saturée de saccharine..........	10 grammes.
Eau....................................	90 —

On a essayé de dresser des tables indiquant les doses des médicaments à prescrire aux enfants, selon leur âge, par rapport aux doses que l'on donne chez l'adulte. Si, par exemple, l'adulte a 1, l'enfant âgé de moins de 1 an aura 1/5, 1/10; celui âgé de 2 ans aura 1/8; celui âgé de 3 ans aura 1/6; celui âgé de 4 ans aura 1/4; celui âgé de 7 ans aura 1/3; celui âgé de 10 ans aura 1/2.

Cette table est beaucoup trop générale. C'est ainsi que l'on ne peut prescrire à un enfant de 2 ans le huitième de la dose d'opium que l'on donne à un adulte. Il supportera, au contraire, très bien une dose supérieure de belladone. L'enfant tolère même mieux l'antipyrine que l'adulte.

La médication antiseptique intestinale est une de celles que vous aurez le plus souvent à prescrire, et vous devrez avoir recours aux vomitifs et aux purgatifs.

Le sirop et la poudre d'ipéca seront surtout employés comme vomitifs; vous prescrirez une cuillerée à café de sirop toutes les cinq minutes jusqu'à effet. Le tartre stibié sera bien plus rarement indiqué et il ne faudra pas dépasser la dose de 1 à 2 centigr. L'apomorphine est un moyen infidèle.

L'huile de ricin, 15 à 20 grammes, est le purgatif habituel; on peut essayer d'en masquer le goût avec du jus d'orange. La limonade citrique sera facile à faire accepter :

Citrate de magnésie........................	25 grammes.
Eau..	(Le plus possible).
Sirop de cerises...........................	q. s.

Il faut arriver à avoir de 100 à 120 grammes de liquide.

Le calomel est très facile à prendre et est, de plus, antiseptique. On prescrira 0,05 par an. Enfin, vous aurez encore la ressource des eaux purgatives.

Pour l'antisepsie intestinale, vous vous trouverez bien du mélange de glycérine et de poudre de charbon, recommandé par Bouchard; les petits enfants l'acceptent bien s'il est en pâte molle. Le naphtol ne peut être prescrit qu'en cachets; mais on peut le remplacer par le bétol ou salicylate de naphtol, qui n'a pas de goût et peut être donné aux doses de 1 gramme et 1 gr. 40 en cachet ou en potion gommeuse. Quand on donne un lavement, il ne faut remplir que le tiers de l'irrigateur.

Pour l'antisepsie externe, vous recourrez aux bains, même dans les maladies aiguës, aux lotions avec l'eau boriquée, le vin aromatique, l'eau bouillie.

L'antisepsie pulmonaire directe est inapplicable; ce n'est qu'en tâchant de purifier complètement l'air inspiré que nous pourrons espérer remplir les indications.

Pour la gorge, les gargarismes peuvent être employés et vous aurez

recours aux solutions boriquées ou chlorurées; la dose de chloral doit être de 1 ou 1/2 p. 100.

Je vous ai déjà indiqué comment il fallait prescrire le sulfate de quinine. L'aconit a une certaine action sur la fièvre; les doses convenables sont celles de II, III, IV gouttes dans un peu d'eau.

Dans les états nerveux, les bains tièdes ont une très heureuse influence; le bromure sera aussi fort utile, et voici un exemple de potion bromurée :

Bromure de potassium....	1 gramme.
Eau....................................	75 grammes.
Sirop de Flon................................	25 —
Eau de laurier-cerise	1 gramme.

Les enfants, je vous l'ai dit, sont extrêmement nerveux. Il s'ensuit qu'il faut être très réservé dans les pratiques de la médication révulsive. On ne doit jamais se servir du thapsia, et il faut surveiller de très près l'emploi des vésicatoires. Ces derniers ne doivent pas rester plus de trois heures en place et il faut, avant de les appliquer, nettoyer la peau avec du savon et du sublimé. La formation de la cloque, si elle est tardive, est favorisée par un cataplasme. Le pansement sera fait avec du protective et de la ouate boriqués. Ce n'est qu'en procédant ainsi que l'on évitera tout danger.

La teinture d'iode doit être fraîche, sinon elle est cause d'inflammation; enfin, les cataplasmes sinapisés seront préférés aux sinapismes en feuilles.

Ces quelques considérations, Messieurs, vous prouvent que la thérapeutique, chez l'enfant, diffère, dans beaucoup de points, de celle à laquelle on peut avoir recours chez l'adulte; vous devez donc toujours songer aux difficultés spéciales en présence desquelles vous pouvez vous trouver.

REVUE DES CLINIQUES

Œdème actif idiopathique, par M. le professeur Crocq (1). — Messieurs, le cas qui fera l'objet de cette clinique est des plus intéressants et par sa rareté et par la difficulté qu'on a, dans l'état actuel de nos connaissances, d'en déterminer la nature et d'en donner une explication plausible.

Le jeune homme que vous avez devant vous est âgé de 19 ans, il exerce la profession de commissionnaire. Il n'avait jusqu'ici, à ce qu'il affirme, jamais été malade, quand, il y a à peu près un mois, il éprouva une céphalalgie assez intense qui dura quinze jours, laissant après elle de la pesanteur de tête qui persiste encore à un certain degré aujourd'hui. En même temps, il éprouva des vertiges; néanmoins, le sommeil est resté bon. La vue devint trouble dès le début; il survint aussi des sifflements d'oreilles, puis, coïncidant avec la diminution de la céphalalgie et des autres phénomènes céphaliques, apparut un gonflement œdémateux très prononcé des membres inférieurs et des organes génitaux. Ce gonflement s'exagérait dans la station debout. Au niveau de la face s'observait un certain degré de bouffissure.

C'est dans cet état, simulant à s'y méprendre l'aspect d'un brightique, que le malade est entré à l'hôpital, il y a neuf jours.

Le pouls marquait alors 108° à la minute, il était régulier.

L'auscultation et la percussion du cœur ne révélaient rien d'anormal et écartaient absolument l'hypothèse d'une lésion cardiaque comme cause de l'œdème.

Le malade toussait et crachait un peu; de temps en temps se produisait un peu d'op-

(1) Résumé d'après la *Presse médicale belge.*

pression. L'appétit complètement perdu au début commençait à revenir. La langue était légèrement chargée. Le foie n'offrait rien d'anormal et la palpation de l'abdomen jointe à la percussion indiquait une légère fluctuation, signe d'un épanchement intra-péritonéal peu abondant.

L'œdème des membres inférieurs présentait ceci de particulier qu'il était dur, ne recevant que difficilement l'empreinte du doigt. Quant à la cause du mal, le malade l'ignore complètement; il ne se rappelle pas s'être refroidi. Il doit avoir eu, au début, des transpirations abondantes, mais celles-ci étaient déjà des manifestations de la maladie; elles se sont prolongées jusque il y a onze jours.

En présence d'un cas semblable, il venait immédiatement à l'esprit que l'on se trouvait en présence ou bien d'une néphrite ou bien d'une affection cardiaque avec rupture de l'équilibre de compensation. Je vous l'ai déjà dit, le cœur de notre malade ne présentait et ne présente encore aucune altération; l'hypothèse d'une affection du centre de la circulation doit donc être absolument rejetée; mais vous allez voir, peut-être non sans étonnement, que celle de l'existence d'une néphrite ne peut pas davantage être maintenue.

La quantité d'urine émise à l'époque de son entrée à l'hôpital et dans les jours qui suivirent était inférieure à la normale; elle variait entre 600 grammes et 1,000 grammes par jour. Ces urines étaient foncées, de réaction acide, renfermaient une quantité d'urée inférieure à la quantité physiologique, car elle oscillait entre 8 grammes et 11 grammes en vingt-quatre heures. Enfin, les diverses réactions en usage pour la recherche de l'albumine restèrent toujours sans résultat.

Depuis avant-hier, nous lui avons administré 1 gramme de calomel en trois paquets, à prendre d'heure en heure; la quantité d'urine s'est considérablement accrue, jusqu'à atteindre aujourd'hui 2,500 grammes. En même temps se produisait une amélioration de tous les symptômes.

Nous ne nous arrêterons pas à l'exploration des appareils respiratoire et digestif, ils ne présentent rien d'anormal, et nous passerons immédiatement à l'examen détaillé des urines émises pendant les dernières vingt-quatre heures. Ces urines sont de coloration jaune clair. La quantité, comme je vous l'ai dit, dépasse la moyenne; la réaction en est acide.

D'après l'étude de ses réactions, il est certain que l'urine de notre malade ne renferme pas d'albumine. Signalons, en outre, la diminution de l'urée qui tend cependant à s'atténuer, car, dans les dernières vingt-quatre heures, il y a eu excrétion de 12 gr. 15 d'urée et un degré de chlorurie normal (précipité abondant par le nitrate d'argent). Ce dernier fait est en rapport avec l'alimentation du malade, qui prend par jour un bouillon, deux soupes au lait, un œuf et une tartine.

Comme conclusion, il ressort donc, comme je vous l'ai annoncé tout à l'heure, que nous n'avons affaire ni à une maladie de cœur ni à une néphrite parenchymateuse; mais ne s'agirait-il pas d'une néphrite interstitielle? L'œdème peut se produire dans le cours de celle-ci. Cette affirmation demande à être justifiée. Si l'on conçoit facilement que dans la néphrite parenchymateuse par suite de l'albuminurie, il y ait production d'œdème, conséquence logique de l'état hydrémique du sang, il peut paraître étrange que dans la néphrite interstitielle pure, non accompagnée d'albuminurie, pareil phénomène se produise. C'est qu'en effet, la pathogénie de l'œdème est dans ces cas toute différente. Ce qui caractérise surtout la néphrite interstitielle, ce sont les modifications dans la quantité d'urine émise par vingt-quatre heures. Pendant la première période de la maladie, il y a augmentation de la sécrétion. Cette polyurie est due à l'afflux congestif du sang dans l'organe enflammé. L'élément épithélial sécrétoire étant resté intact, il en résulte que le sérum sanguin ne peut passer directement dans l'urine; donc pas d'albuminurie, à l'opposé de ce qui existe dans la néphrite parenchymateuse, mais la quantité d'urine émise augmente par augmentation de la tension intravasculaire de l'appareil rénal. Pendant cette période, l'œdème n'est pas à craindre. Plus tard, quand l'organisation de l'exsudat inflammatoire et la rétraction fibreuse des tissus néoformés amène l'atrésie vasculaire, le rein reçoit de moins en moins de sang et l'on observe une diminution corrélative de la quantité d'urine qui peut descendre jusqu'à 300 grammes par jour. Le sang, dans

ces conditions, ne se décharge plus suffisamment de son excès d'eau, il devient hydrémique, mécaniquement, oserai-je dire, et l'œdème peut apparaître.

Pouvons-nous appliquer ces données à notre cas? Je n'hésite pas à répondre non. Sans compter que la période d'oligurie qu'a présentée le sujet n'a pas été précédée d'une période de polyurie, nous ne retrouvons dans ses antécédents aucune des causes de la néphrite interstitielle. Celle-ci, en effet, s'observe ou chez des sujets âgés, ou à la suite de maladies graves, comme la fièvre typhoïde ou la variole par exemple, ou chez les individus intoxiqués par l'alcool ou le plomb. Or, notre malade est jeune, il n'est ni alcoolisé ni saturnin et n'a jamais fait de grande maladie. L'oligurie chez lui a donc dû être consécutive à l'œdème et non primitive.

Mais, alors, à quoi avons-nous donc affaire? Voyez ces jambes enflées qui ne sont le siège d'aucune douleur, car le malade n'accuse à leur niveau que quelques tiraillements et de la raideur; elles conservent aujourd'hui, à l'opposé de ce qui existait il y a quelques jours, très facilement l'empreinte du doigt. La peau est lisse, blanche, sans aucune rougeur. Tout concourt à prouver qu'il s'agit bien d'un œdème, ce que confirme d'ailleurs une piqûre faite au niveau du mollet, piqûre qui laisse s'écouler de la sérosité.

L'examen hématoscopique du sang, fait au moyen de l'hématoscope d'Hénocque, donne une proportion d'hémoglobine de 10 p. 1000 au lieu de 14 qui représente le chiffre normal. Cela a-t-il quelque importance? Je ne pense pas. Et tout d'abord cette pauvreté du sang pourrait bien être secondaire et résulter de la diète relative à laquelle le sujet a été soumis; pour être fixé à ce sujet, il faudrait que nous eussions procédé à pareil examen avant l'apparition des symptômes actuels. Mais, même s'il nous était démontré que l'hypohémoglobinémie fût primitive, cela ne nous éclairerait guère sur la genèse de l'œdème. Car vous rencontrerez bien des malades présentant une pauvreté globulaire du sang au moins égale à celle qu'offre celui ci, sans que se produise chez eux la moindre trace d'œdème.

La maladie qui a frappé notre sujet rentre évidemment dans la catégorie de ce que l'on a appelé œdèmes idiopathiques. Mais cette dénomination cache tout simplement l'ignorance où nous sommes de la nature de ces phénomènes. Les auteurs, peu nombreux d'ailleurs, qui ont écrit sur ce sujet ont émis plusieurs hypothèses.

L'opinion la plus accréditée est qu'il s'agit dans ces cas d'un œdème rhumatismal. Mais, d'abord, il faut distinguer les différentes variétés d'infiltrations séreuses que l'on peut observer. L'œdème est actif ou passif.

Les œdèmes passifs, ce sont ceux qui, pour nous, sont les œdèmes proprement dits; ils ne constituent qu'un épiphénomène, qu'une conséquence d'un fait primordial, et celui-ci est, ou bien une gêne circulatoire, ou bien un état hydrémique du sang, ce qui se produit notamment dans l'albuminurie, les cachexies, etc.

Les œdèmes actifs ou idiopathiques sont, au contraire, des états où l'œdème constitue le phénomène primitif, ne reconnaissant aucune des deux causes précitées. Ne sachant comment expliquer ces œdèmes auxquels se rattache évidemment celui de notre malade, on a cru faire chose bien utile en les baptisant du nom d'œdème rhumatismal. Qu'est-ce donc que le rhumatisme? On a rangé sous cette rubrique les choses les plus disparates, mais en réalité le rhumatisme n'est qu'un être imaginaire, il n'a aucune existence propre, et la meilleure preuve en est dans la variété infinie des définitions du rhumatisme données par les auteurs.

Il est une maladie qui peut engendrer des douleurs multiples, des inflammations vives ou non, à siège très varié, c'est la diathèse urique. Or, cette maladie, grâce à un véritable jeu de mots, a été confondue souvent avec le rhumatisme. Je vous l'ai dit, ce qu'on appelle rhumatisme, ce sont souvent des arthrites aiguës ou chroniques. Comme la goutte ou la diathèse urique frappe le plus souvent les articulations, on l'a appelée *arthritis*, diathèse arthritique. Par suite de l'analogie de ces dénominations, on a bientôt étendu le nom d'arthritiques à des personnes atteintes d'arthrites aiguës ou chroniques n'ayant rien de goutteux. De là à confondre rhumatisme et diathèse urique, il n'y avait qu'un pas, et ce pas a été franchi sans que cette confusion ait été justifiée par rien.

Il est habituel de rencontrer, dans l'arthrite aiguë intense, au pourtour des articulations malades, un gonflement pouvant s'étendre à 15 ou 20 centimètres, et même davan-

tage, de part et d'autre. C'est ce que l'on a appelé œdème rhumatismal périphérique. C'est, si vous le voulez, un œdème actif tout comme celui-ci, mais sa nature, sa pathogénie nous sont bien connues. Il est la manifestation du processus inflammatoire dont le maximum d'intensité occupe l'articulation, mais qui s'irradie au pourtour de celle-ci dans toutes les directions, occupant surtout le tissu conjonctif sous-cutané et allant en décroissant graduellement. On a voulu comparer des cas comme celui-ci à ce gonflement dit œdème rhumatismal.

J'ai vu des cas d'arthrite du genou où le gonflement était si intense que les veines de la région s'en trouvaient comprimées; d'où un œdème passif de la jambe qui, joint au prétendu œdème rhumatismal, lequel remontait sur la grande partie de la cuisse, produisait un aspect rappelant celui des membres inférieurs de notre sujet; mais, dans ces cas, les phénomènes étaient unilatéraux et puis les organes génitaux n'étaient pas gonflés. D'ailleurs, ce qui, pour nous, différencie absolument ces cas du nôtre, c'est l'absence de phénomènes de réaction inflammatoire dans ce dernier.

La dénomination d'œdème rhumatismal a encore été donnée à une autre manifestation qui n'a pas plus de rapport avec le fait que nous observons actuellement, je veux parler du pseudo-phlegmon. C'est un gonflement limité à une portion de la peau, accompagné de douleurs et d'une teinte rosée du tégument; on se croirait en face d'un phlegmon au début, mais la maladie n'évolue pas et, au bout de quelque temps, tous les phénomènes disparaissent rapidement. Dans l'ignorance de la nature exacte de ces phénomènes, d'aucuns ont fait appel, pour s'en rendre compte, au fantôme du rhumatisme, se basant sur ce que le rhumatisme articulaire se serait rencontré dans les antécédents des malades.

Quoi qu'il en soit, et sans insister sur les différences symptomatologiques qui séparent ces manifestations morbides de celles que nous observons, il n'y a, chez notre malade, aucun antécédent rhumatismal.

Je vais ici vous citer un cas qui, du premier abord, ne paraît guère avoir de rapport avec le nôtre, mais qui pourra nous montrer ce qu'est un œdème. Je vous ai montré cet hiver une femme qu'on avait apportée à l'hôpital dans l'état comateux. D'après les renseignements fournis par l'entourage, cette femme, déjà âgée, était sortie de chez elle, bien portante, par un froid intense, et quelques heures après on l'avait trouvée sans connaissance dans la rue. A l'examen, elle présentait assez bien la symptomatologie qui succède à une violente attaque d'apoplexie. Etat comateux, flaccidité générale des membres, plus prononcée d'un côté que de l'autre; mais, chose remarquable, les réflexes rotuliens, au lieu d'être supprimés, étaient exagérés. Le lendemain, les réflexes disparurent en même temps qu'il y avait paralysie et insensibilité complète des quatre membres. On aurait pu croire à une hémorrhagie ventriculaire. La mort étant survenue, vingt-quatre heures après, l'autopsie fut faite. Nous ne trouvâmes aucune trace d'hémorrhagie, ni de thrombose, ni d'embolie, mais une congestion de la substance cérébrale et des méninges et 120 grammes de sérosité épanchée dans les ventricules.

Ce cas n'est pas unique. Les anciens, qui en avaient observé de semblables, ont appelé cela apoplexie séreuse. C'est, si vous le voulez, une hydropisie active du cerveau. La cause de cette hydropisie, c'est la congestion intense de l'organe, due vraisemblablement à l'action d'un froid trop vif, le cerveau ayant été frappé, comme organe de moindre résistance, prédisposé par l'âge.

Pourquoi donc n'admettrions-nous pas une pathogénie analogue pour notre cas? Pourquoi ce qui se produit dans le cerveau ne pourrait-il se produire dans un autre organe, voire dans le tissu conjonctif sous-cutané des membres inférieurs? Nous pouvons, ce nous semble, parfaitement admettre une congestion intense des tissus tégumentaires, un trouble de vaso-motricité primitif dû à l'action du froid et accompagné d'exsudation séreuse.

Si l'on admet, avec Skoda et Rokitanski, que l'inflammation est un état congestif accompagné d'exsudation, dans notre hypothèse le processus que nous étudions devrait rentrer dans la catégorie des inflammations. C'est là, à notre avis, une erreur; nous admettons, avec Virchow, que l'élément primordial de l'inflammation est une altération des tissus dans leurs éléments eux-mêmes, qui doit faire défaut ici. N'oublions pas que

l'inflammation aiguë implique la fièvre qui n'a jamais existé dans notre cas. Il serait plus logique et plus exact de constituer, pour les cas de l'espèce, une catégorie intermédiaire entre la congestion pure et simple et l'inflammation, ce serait la congestion exsudative, l'œdème actif proprement dit, non inflammatoire.

Quant au pronostic de ces œdèmes idiopathiques, il est généralement très favorable. On en a vu cependant se terminer d'une façon funeste. On conçoit, par exemple, que, sous l'influence du froid ou d'excès de boissons, l'œdème congestif se porte vers le cerveau et entraîne l'apoplexie séreuse et la mort.

Comme traitement, que devons-nous faire ? D'abord, le régime doit être modéré, doux, réconfortant, mais non excitant, pour éviter les poussées congestives. Nous lui donnons un bouillon, deux soupes au lait, un œuf, une tartine. Pour favoriser la résorption de l'exsudat, nous devons nous adresser aux dérivatifs, et particulièrement aux purgatifs, aux diurétiques et aux sudorifiques. Chez notre malade, nous avons employé le calomel, nous lui avons prescrit, après quelques jours d'expectation, pendant lesquels son état ne s'était pas modifié, 1 gramme de cette substance en trois paquets pris d'heure en heure. Sous l'influence de cet agent, le malade a eu quatre selles, mais, de plus, la quantité d'urine éliminée a triplé, ce qui ne peut être qu'avantageux. J'attire votre attention sur cette action diurétique du calomel ; elle est d'autant plus remarquable que les autres purgatifs ont généralement pour effet de diminuer la diurèse. L'efficacité de cet agent comme diurétique est si réelle et si puissante que, chez des néphritiques et des cardiaques, il m'est arrivé d'en obtenir de bons effets alors que tous les autres moyens étaient restés sans résultat.

Aussi, je le répète, en ayant recours au calomel, qui est le seul médicament qu'ait pris le malade, nous avons eu recours à un agent qui appartient à la fois à la catégorie des purgatifs et des diurétiques. Comme je vous l'ai dit tantôt, il serait également logique de s'adresser aux sudorifiques. Mais, parmi les agents thérapeutiques de cette catégorie, nous devons rejeter les bains de vapeur ; par leur tendance à congestionner le cerveau, ils constituent un véritable danger. Je ne sache pas que la chose soit arrivée dans des cas analogues au nôtre, mais, dans le traitement de l'albuminurie brightique, on a vu un bain de vapeur provoquer un état comateux des plus graves et cela suffit pour nous rendre très circonspect dans l'application de ce moyen.

Je ne dirai pas autant de mal de la pilocarpine ; néanmoins, il est bon de se rappeler que c'est là un médicament qui doit être manié avec prudence. On peut également faire usage de l'iodure de potassium, qui agit à la fois en favorisant la diurèse et en activant l'absorption.

REVUE DES JOURNAUX

Un procédé d'anesthésie locale, par M. Schleich (*Semaine médicale*, 1891, 43). — L'auteur préconise, pour certaines petites opérations chirurgicales, l'emploi simultané des pulvérisations d'éther et des injections intra-dermiques d'eau pure stérilisée.

Pour les pulvérisations, M. Schleich se sert du mélange suivant :

Ether sulfurique	100 grammes.
Essence de pétrole	25 —

Mêlez. — Usage externe.

Après avoir fait pendant environ trente secondes des pulvérisations sur le champ opératoire, on procède, tout en continuant les pulvérisations, aux injections d'eau stérilisée, au moyen d'une seringue dont la canule est piquée dans l'épaisseur du derme, autant que possible parallèlement à la surface de la peau. Il se forme alors, aux points d'injection, un œdème cutané plus ou moins étendu, suivant la quantité de liquide injecté, et pareil à celui que provoquent les piqûres des moustiques. Dans l'étendue de cet œdème, la peau devient absolument insensible, de sorte qu'on peut y pratiquer des incisions sans provoquer la moindre douleur.

A l'aide de ce procédé d'anesthésie locale, M. Schleich a pu pratiquer sans douleur, dans un cas d'anthrax, deux incisions en croix de 8 centimètres, ainsi que l'excision et le curettage des tissus mortifiés. — P. N.

Un traitement d'asthme, par le docteur J. Aulde (*Semaine médicale*, 1891). — Dans les diverses variétés d'asthme, en particulier dans celles dues à certaines affections des organes digestifs, l'auteur a souvent obtenu d'excellents résultats en faisant prendre au malade, alternativement et pendant quelques jours de suite, tantôt la teinture d'euphorbia pilulifera à la dose de trente gouttes toutes les quatre heures, tantôt des pilules ainsi composées :

Sulfate de strychnine,...............	10 à 20 nilligr.
Poudre d'ipéca.......................	0 gr. 80 centigr.
Poivre noir en poudre................	0 gr. 30 —
Extrait de gentiane..................	1 gr. 20 —
Essence de Wintergreen........	1 goutte.

Mêlez et f. s. a. vingt pilules. — Prendre une pilule après chaque repas.

On administre, en outre, en cas de constipation, des purgatifs salins. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er septembre 1891. — Présidence de M. Tarnier.

La correspondance comprend :

1° Un compte rendu du fonctionnement de l'Institut de vaccine animale de Saïgon, par M. Calmette;

2° Un pli cacheté de M. Gémogel sur le traitement du bouton de Biskra;

3° Une note de M. Crié sur le traitement des empoisonnements par l'oronge.

La conjonctivite granuleuse en Algérie. — M. Panas lit un rapport sur cette question, qui a été soumise à l'examen de l'Académie par M. le ministre de l'instruction publique. Voici les conclusions que propose le rapporteur :

1° N'accepter aucun élève dans l'école avant qu'il n'ait subi un examen des yeux, au point de vue de l'ophtalmie granuleuse;

2° Sur les élèves admis à fréquenter l'école, pratiquer régulièrement un examen tous les trois mois au moins, et cela indistinctement, que les élèves se plaignent ou non d'affections oculaires.

La raison de cet examen de la totalité des élèves tient à ce que les granulations palpébrales existent à l'état latent et qu'elles peuvent passer inaperçues, si l'on ne procède pas au renversement des paupières;

3° Sitôt qu'un élève offre de *vraies* granulations, déclarées telles par un médecin compétent, on doit l'isoler et le traiter avec vigueur, de façon à éteindre au plus tôt le foyer de contamination et à permettre à l'élève de continuer le cours de ses études;

4° Il va de soi que ce sera au médecin d'indiquer, dans chaque cas particulier, le moment où l'élève sera autorisé à reprendre, sans danger pour les autres, le cours de ses études.

Anévrysme artério-veineux de la carotide interne dans le sinus caverneux. — M. Kalt a envoyé une observation de cette affection, et dans un rapport que lit M. Panas, ce dernier fait remarquer que la ligature de la carotide primitive, que l'on a faite après l'insuccès de la compression digitale, ne donnera probablement pas de bons résultats vu les symptômes présentés par le malade.

Traitement de la conjonctivite granuleuse. — M. Panas lit un rapport sur le traitement de cette affection, proposé par M. Abadie. Ce dernier propose, après renversement com-

plet des paupières et mise à nu du cul-de-sac conjonctival supérieur, de faire de larges scarifications dans la muqueuse. Puis avec une brosse à dents assez dure, trempée dans une solution de sublimé à 1/500e, on brosse la surface cruentée; les jours suivants, on touche simplement la conjonctive avec la solution de sublimé. La méthode de M. Abadie est bonne, cependant il y a des échecs; de plus, dans certains cas, on peut heureusement réussir avec des moyens non sanglants et n'exigeant pas l'anesthésie.

M. Panas donne encore lecture d'un rapport sur le traitement de la conjonctivite purulente, d'après un travail rédigé par M. Valude.

Les maladies des juifs. — M. G. Sée présente quelques considérations sur ce sujet. Si la population s'accroît beaucoup chez les juifs, c'est que les mères nourrissent elles-mêmes leurs enfants et que la natalité illégitime n'existe pas. L'alcoolisme ne sévit pas chez eux, et les prescriptions hygiénico-religieuses font qu'ils sont à l'abri d'un grand nombre de maladies. L'épilepsie est fréquente chez les juifs, dit-on. Mais de quelle épilepsie s'agit-il? Est-ce celle de César, Mahomet, Napoléon ou celle qui conduit à l'idiotie et au crétinisme? Les idiots ne deviennent pas aliénés et, du reste, il n'y a pas plus d'aliénés chez les juifs que chez les protestants et les catholiques.

M. G. Sée pense que les juifs croyaient à l'immortalité de l'âme; c'est, du reste, leur croyance actuelle.

M. Worms a été pendant longtemps le médecin de l'Hôpital israélite de Paris et n'a pas vu que les juifs aient une pathologie spéciale. Ils sont moins fréquemment épileptiques.

M. Lagneau maintient que les maladies nerveuses sont fréquentes dans la race juive; il en serait de même du diabète.

M. Le Blanc croit qu'en proscrivant la viande de porc, Moïse avait en vue la ladrerie. Il ordonnait de rejeter les animaux quand il y avait adhérence des plèvres; or, cette adhérence peut manquer dans la tuberculose; du reste, on a beaucoup exagéré la proscription de la viande tuberculeuse.

M. Lancereaux pense aussi que c'est la ladrerie que craignaient les anciens juifs.

La grippe en Perse. — M. Larrey lit un travail de M. Tholozan sur ce sujet. Les premières villes atteintes furent Recht et Téhéran. La propagation a été lente. Les chroniques mentionnent d'anciennes épidémies que l'on peut rattacher à la grippe.

Palatoplastie. — M. Polaillon décrit son procédé de la manière suivante :

L'opération est divisée en deux actes opératoires, séparés par un intervalle de vingt-quatre ou quarante-huit heures; dans la première séance, on trace les deux incisions latérales habituelles et on décolle de chaque côté la muqueuse jusqu'à la perforation, en ayant soin de bien raser les os du palais; puis on arrête l'hémorrhagie par la compression avec une éponge ou l'application de pinces hémostatiques ou un attouchement au thermo-cautère. Dans une seconde séance, le lendemain ou le surlendemain, on avive les bords de la perte de substance et le temps si minutieux de la suture est facilement exécuté.

Ce procédé permet de faire l'anesthésie par la cocaïne et d'opérer le malade, soit assis, soit dans le décubitus dorsal; si l'on est obligé d'employer la chloroformisation, chez des enfants ou des sujets peu raisonnables, celle-ci n'est plus compliquée par la suffocation due à l'abondance de l'écoulement sanguin.

M. Polaillon a appliqué cinq fois son procédé et, dans tous ces cas, il a obtenu une bonne guérison. Deux fois, il s'agissait de perforation pathologique due à la syphilis, trois fois de division congénitale.

FORMULAIRE

INSUFFLATIONS CONTRE LES AFFECTIONS DU LARYNX. — Schnitzler.

Sous-nitrate de bismuth........................	10 grammes.
Sucre de lait pulv.............................	10 —
Baume du Pérou.................................	2 —

Mêlez. — Pour insufflations dans diverses affections du larynx, de la bouche, du nez et de la cavité naso-pharyngienne. — On peut aussi badigeonner avec une solution composée de : Chlorhydrate de cocaïne, 50 centigrammes; Baume du Pérou, 10 grammes; Alcool, 10 grammes; Essence de menthe, 5 gouttes. — L'auteur préfère le baume du Pérou à l'acide phénique, à la créosote ou à la créoline, dont il n'a pas la saveur désagréable. — N. G.

COURRIER

LÉGION D'HONNEUR. — Ont été nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Mesnet, médecin à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Au grade de chevalier. — M. Gougenheim, médecin à l'hôpital Lariboisière.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Par arrêté du ministre de l'intérieur, en date du 13 août, il est créé deux emplois de médecins adjoints à l'asile d'aliénés de Villejuif.

Sont nommés aux emplois de médecins adjoints créés à l'asile d'aliénés de Villejuif : le docteur Sérieux, médecin adjoint à l'asile publique d'aliénés de Vaucluse, et le docteur Rouillard, chef de la clinique des maladies mentales (concours de 1888), médecin adjoint à l'asile Sainte-Anne.

Les docteurs Sérieux et Rouillard sont maintenus dans la deuxième classe du cadre. Ils continueront, en conséquence, à recevoir chacun dans son nouveau poste, outre le logement, le chauffage et l'éclairage dans l'établissement, le traitement de 2,500 francs déterminé par le décret susvisé du 4 février 1875.

— Au sujet du conflit que nous avons annoncé entre les internes et l'administration des hôpitaux de Marseille, le *Progrès médical* a reçu la dépêche suivante :

« Vieillard amené Conception par police, reconnu malade par interne. Refusé par bureau, place manquant. Journaliste apprend fait; incrimine internes. Internes Conception répondent collectivement eux chargés reconnaître seulement maladie, Administration fournir place. Si place manque, affaire à administration. Si vous voulez connaître cause, manque de lits. Demandez administrateurs brochure Métaxas, docteur. (Cette brochure est la critique vive de la gestion des administrateurs actuels par Métaxas.) Administrateurs infligent trois mois suspension traitement, un mois consigne internes Conception. Internes acceptent pas deuxième partie punition. Administrateurs cèdent pas. Internes, externes des trois hôpitaux se mettent grève après ultimatum; service garde assuré partout. Toute presse politique, opinion publique médicale pour internes. Administration tient bon; internes aussi. Administrateurs absents. Séance Conseil municipal vendredi. Service fait matin par chef, reste journée par major à Conception, par un interne à Hôtel-Dieu et Charité. Internes pharmacie continuent. Service 900 lits Conception; 250 Hôtel-Dieu. »

MONUMENT TESTELIN A LILLE. — *Comité.* — On vient de décider, à Lille, la formation d'un comité d'initiative pour recueillir les souscriptions en vue de l'érection, dans cette ville, d'un monument à M. Achille Testelin, sénateur inamovible, récemment décédé. Ce comité comprend, outre le préfet du Nord, les sénateurs et députés du département, les présidents des conseils généraux du Pas-de-Calais, de la Somme, de l'Aisne et des Ardennes, un certain nombre des maires du Nord et du Pas-de-Calais; MM. Joseph Reinach, député; Follet, doyen de la Faculté de médecine de Lille; Lapersonne, profes-

seur à la Faculté; de Swarte, trésorier général de Seine-et-Marne; Picard, trésorier général du Nord.

— Un concours pour la nomination à la place de chirurgien de l'hôpital de Berck-sur-Mer, dont nous avons donné les conditions sera ouvert le jeudi 22 octobre 1891, à midi, dans l'amphithéâtre de l'administration générale de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

MM. les docteurs qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, depuis le lundi 14 septembre jusqu'au mercredi 7 octobre inclusivement, de onze heures à trois heures.

— Une médaille de bronze a été décernée à M. Destot, interne des hôpitaux de Lyon, pour le courage et le dévouement dont il a fait preuve au cours d'une épidémie de diphthérie qui a sévi, en 1881, à Neuville-les-Dames.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Elie Belencontre (de Drucoert) et Brisson, médecin de la marine.

Sur la température des boissons. — La meilleure température pour les boissons serait de 12,5 pour l'eau potable, de 14-16° pour l'eau de Seltz et pour la bière, de 17-19° pour le vin rouge, de 16° pour le vin blanc léger, de 10° pour le vin blanc lourd, de 8-10° pour le champagne, de 23-26 pour le café (pour apaiser la soif : 10-18°), de 38 52° pour le bouillon, de 16-18° pour le lait, et 34-35° pour le lait chaud.

(*Méd. chirurg. Rudsch.*)

La chaussure a talons élastiques. — Le choc sur le sol communique à l'homme une vibration de tout le corps et particulièrement de l'encéphale, ce qui, à la suite de marches prolongées, est une cause de céphalalgie très pénible. Les gens fatigués s'efforcent de diminuer ce choc douloureux en fléchissant le corps, en traînant les pieds et en recherchant les bas côtés de la route, où la terre est molle et garnie d'un tapis d'herbe moelleuse. La contusion du talon et la céphalée de trépidation sont certainement un facteur sérieux de cet élément complexe appelé la « fatigue ».

Un médecin militaire, M. H.-J.-A. Collin, a essayé : 1° d'amortir par un talon de caoutchouc l'ébranlement trop sensible des organes ; 2° d'emmagasiner par la compression du caoutchouc la force qui se stérilise dans le choc du talon et l'utiliser pour la progression au moment où le talon se détache du sol, de la même manière que le vélocipédiste évite une trépidation insupportable et augmente sa vitesse en garnissant les roues de son bicycle d'une couronne de caoutchouc.

L'auteur propose l'emploi d'un talon complètement en caoutchouc, qui durerait longtemps et serait d'un prix modéré. L'on peut obtenir déjà un bon résultat en enlevant par l'intérieur au talon, comme à l'emporte-pièce, un disque central de 3 centimètres de largeur et de 2 à 3 centimètres d'épaisseur. Cette cavité intérieure dans le talon est comblée par un disque en caoutchouc de semblable dimension, dont la face supérieure fait légèrement saillie dans la chaussure et sur laquelle appuie directement la peau du talon.

(*Lyon méd.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital de la Charité. — M. le professeur Potain.

La température dans la fièvre typhoïde.

Messieurs,

Nous avons eu pendant quelque temps dans nos salles un malade atteint d'une affection en apparence bizarre : une fièvre typhoïde sans fièvre. Cette appellation semble une antinomie que l'on peut éviter en disant simplement dothiénentérie ou infection typhoïde sans fièvre. L'élévation de la température peut, en effet, manquer dans l'infection typhoïde, de même qu'il peut y avoir des intoxications saturnines sans coliques.

Notre malade était un jeune homme de 17 ans, plombier, qui n'avait pas eu d'autres maladies antérieures que les fièvres éruptives : scarlatine, rougeole. Six jours avant son entrée, il avait été pris tout à coup, pendant la nuit, d'un violent mal de tête accompagné de saignement de nez. Le lendemain, il était très courbaturé, souffrant du dos et des membres, et un nouveau phénomène, la diarrhée, apparaissait. Cette diarrhée était très abondante et les selles noires et liquides. L'appétit était complètement perdu, et l'abattement allant croissant, le malade se décida à entrer à l'hôpital.

Quand nous le vîmes pour la première fois, l'apyrexie était complète, car, dans l'aisselle, la température n'était que de 37,2, le pouls battait 84 fois par minute. La langue, blanche et humide, présentait de la rougeur sur le bord. Le ventre, un peu ballonné et sensible, gargouillait un peu partout. Comme, de plus, la rate n'était pas augmentée de volume et qu'il n'y avait rien par ailleurs, le diagnostic ne laissait pas que d'être embarrassant. L'absence de tuméfaction splénique permettait d'exclure l'idée de grippe, mais on pouvait penser à un embarras gastrique apyrétique.

Les jours suivants, l'état du malade resta le même ; le lendemain de l'entrée, la température était de 37 le matin, de 36,8 le soir. Le pouls était régulier, mais la pression très basse, 15 cent. de mercure.

Cependant la maladie évolua bientôt comme une fièvre typhoïde. Vers le huitième jour, le gargouillement se localisa dans la fosse iliaque droite, et bientôt apparurent des taches rosées lenticulaires caractéristiques. A ce moment, la température du matin était de 36,4; celle du soir, prise à cinq heures, de 36,6.

La fièvre est cependant, Messieurs, un des caractères les plus constants de la dothiénentérie, c'est un des symptômes fondamentaux de la maladie.

On fait même dater son début de celui de la fièvre, bien que quelquefois cette dernière retarde sur l'époque de l'infection.

La température marque aussi les principales phases ou périodes de la fièvre typhoïde qui sont, comme vous le savez, au nombre de trois : période ascendante, période d'état, période décroissante.

Pendant la période ascendante, la température s'élève chaque soir et descend chaque matin, mais moins que la veille; le maximum des oscillations est de 1 degré. Vers le septième jour, il y a quelquefois une chute subite qui peut embarrasser le diagnostic. On serait entraîné à considérer ces cas comme devant se terminer brusquement. Mais, le plus souvent, il y a retour à la température précédente pendant une huitaine. On peut dire qu'à ce moment la fièvre est continue, bien que les oscillations soient quelquefois encore assez marquées. Parfois la tempétature du matin est plus élevée que celle du soir.

Au bout d'une huitaine, la défervescence se fait progressivement. D'abord, il y a abaissement des minima, les maxima ne bougeant que peu ou pas; on observe alors de grandes différences qui peuvent atteindre 1 degré à 1 degré 1/2 entre la température du matin et celle du soir. Bientôt les maxima s'abaissent aussi, l'amplitude des oscillations diminue et la température devient normale.

La convalescence commence. Cependant il est fréquent de voir alors le thermomètre baisser au-dessous de la normale, surtout s'il était monté beaucoup pendant la période d'état. La température descend à 36°5 et 36,2 pendant cinq ou six jours, puis elle s'élève et oscille désormais autour de 37°. Des oscillations brusques sans complication peuvent tenir à une faute d'alimentation.

La marche typique de la dothiénentérie est sujette à des modifications. L'ascension lente est regardée comme caractéristique, tellement que l'on dit que, si le thermomètre marque 40° le deuxième jour, il ne s'agit pas d'une fièvre typhoïde. Cependant cette ascension brusque peut s'observer. La défervescence peut aussi se faire très rapidement et l'apyrexie se produire en deux jours.

Quelquefois, la défervescence est soudaine, subite et, en deux jours, le malade devient apyrétique. Ces défervescences rapides se voient généralement dans des cas dont la durée est courte; la période d'état ne dure pas plus de cinq ou six jours et la défervescence deux ou trois. L'évolution complète se fait alors en quinze jours. En général, l'intensité est atténuée en même temps. Cependant, le thermomètre peut monter très haut et la maladie être courte.

Une fièvre typhoïde dans laquelle la température ne dépasse pas 39° peut être regardée comme légère; si le thermomètre monte à 40°, l'intensité est moyenne; s'il dépasse 40 ou 41°, on a affaire à une fièvre intense et grave. Il faut, du reste, tenir grand compte, dans le pronostic, de l'étendue des oscillations. Bien que le thermomètre ne dépasse pas 40°, si la température reste constamment autour de ce chiffre, c'est une forme grave qu'on a appelée la forme à plateau. Ce plateau a, du reste, un pronostic beaucoup moins fâcheux lorsque la température est plus basse.

Il y a des formes atténuées de la fièvre typhoïde dans lesquelles la température se tient toujours au-dessous de 39°. Ces formes sont peu fréquentes, mais se voient dans les épidémies.

Enfin, il y a la fièvre typhoïde sans fièvre, dont la plupart des auteurs

admettent l'existence. Cependant, on en connaît fort peu d'observations, ce qui tient peut-être à ce que l'absence de l'élévation de la température fait douter du diagnostic.

La maladie peut même s'accuser par de l'hypothermie. C'est ce qui a eu lieu chez notre malade, de telle sorte qu'en regardant le tracé de sa fièvre à l'envers, on aurait celui d'une fièvre typhoïde ordinaire.

Dans un certain nombre de circonstances, la température s'abaisse beaucoup chez les typhiques. Quelquefois cet abaissement est accidentel et rapide; il est alors grave, car il indique une hémorrhagie intestinale abondante. Parmi les hémorrhagies intestinales, il en est de bien tolérées, et Trousseau regardait même comme favorables celles du début. Plus tard, elles deviennent plus abondantes et leur gravité devient excessive si elles se renouvellent souvent. La chute de la fièvre causée par l'hémorrhagie n'est, du reste, que temporaire et la température remonte rapidement à son chiffre primitif.

Il y a des cas où, sans hémorrhagie, la température devient basse à une certaine période. On avait affaire à une forme habituelle dans laquelle le thermomètre oscillait autour de 40°, puis tout à coup, en deux jours, la température redevient presque normale. Cet abaissement est très grave quand il est dû à l'adynamie, à l'excès d'infection.

Chez notre malade, les symptômes généraux étaient modérés et il n'y avait pas d'inquiétude à avoir.

Je n'ai pu trouver qu'une seule observation de M. Vallin (du Val-de-Grâce), où, comme chez notre malade, il y ait eu hypothermie dans la période moyenne.

L'hypothermie est peu grave dans ces cas; cependant, il ne faut pas se rassurer complètement, car les autres symptômes peuvent être graves. Il n'y a ni adynamie ni ataxie, il y a des complications diverses; c'est ainsi que M. Vallin a vu se produire des escharres et des hémorrhagies qui ont entraîné la mort. D'autres fois, la terminaison fatale survient consécutivement à une perforation intestinale dont la possibilité n'avait été annoncée par aucun symptôme. On dit, dans ces cas, qu'il s'agit d'un *typhus ambulatorius*. Le diagnostic n'est alors fait que lorsqu'il survient des accidents graves, bien que cependant il puisse y avoir de la fièvre. Certains malades, en effet, tolèrent très bien la température de 39° ou 39°5; parfois, même, ils se trouvent mieux pendant la période fébrile. Dans un cas de granulie aiguë que j'ai eu occasion d'observer, le malade avait 41° le soir et 38°5 le matin; or, il était très mal, très déprimé dans la matinée, et, dans l'après-midi, causait facilement, avait faim et digérait ce qu'il mangeait. Les faits de ce genre ne sont pas rares chez les vieillards, et il est fréquent de voir des vieilles femmes atteintes de pneumonie avancée, tomber brusquement sans qu'on ait pu auparavant soupçonner leur maladie.

Chez notre malade, un jour, le neuvième, il y a eu 38° à huit heures du soir; auparavant, à cinq heures, on n'avait trouvé que 36°4. On doit donc faire une petite restriction, et on n'est pas sûr, chez lui, qu'il y ait jamais eu de fièvre. En effet, l heure des maxima ou des minima n'est pas toujours celle où on place le thermomètre dans l'aisselle du malade. Quelquefois, le maximum se produit dans la nuit ou bien à midi; quelquefois, il y a deux maxima. Cependant, chez notre malade, jamais on n'a trouvé plus que 38°, car il faut bien savoir que le thermomètre peut indiquer cette température sans qu'il y ait de la fièvre.

Dans la dothiénentérie, la fièvre n'est pas le fond de la maladie, c'est l'infection; en réalité, la fièvre est simplement une réaction contre le bacille. Or, l'économie ne répond pas toujours de la même façon à une excitation identique. Enfin, il faut encore tenir compte de la virulence du bacille, de la résistance de l'individu. En effet, la toxicité du bacille d'Eberth est variable, puisqu'il y a des épidémies bénignes et des épidémies graves; d'autre part, dans certaines épidémies, certains malades sont frappés très grièvement, tandis que d'autres sont à peine atteints.

Vous savez que le bacille typhique vaccine pour ainsi dire l'individu qu'il a atteint; la récidive de la fièvre typhoïde est rare et ne se fait généralement que longtemps après la première attaque. Quelquefois, la même infection évolue en plusieurs fois, et ce sont ces formes que j'ai appelées des réitérations. Le mot rechute est mauvais, car la fièvre à rechute est une maladie spéciale. Quand il y a réitération, tout recommence, toutes les phases de la maladie se reproduisent et on constate la réapparition des taches. Il peut y avoir deux et même trois retours de la maladie. En général, la deuxième atteinte est moins grave que la première; il y a moins de fièvre, et la durée de chacune des périodes est abrégée. Comme il s'agit du même agent infectieux, on doit admettre que c'est le sujet qui s'est modifié. Quand il y a une troisième attaque, la maladie peut être presque apyrétique.

En réalité, l'infection typhoïde peut produire une simple syncope, un embarras gastrique qui dure huit jours; une fièvre typhoïde qui ne dure qu'une quinzaine, ou enfin une forme ordinaire ou grave. La résistance du sujet à l'infection a donc une grande importance.

Une des manifestations habituelles de la fièvre typhoïde est la tuméfaction de la rate. Cette tuméfaction se produit dans toutes les maladies infectieuses; mais, en dehors de la fièvre intermittente, la dothiénentérie est celle dans laquelle la fièvre est le plus accentuée. Chez notre malade, la splénomégalie manquait dans les premiers jours, mais elle s'est produite ensuite sous nos yeux, de telle sorte que les dimensions de l'organe ont atteint 16 centimètres dans son grand diamètre, ce qui est très notable.

En fait, la constatation de la température n'est pas suffisante pour faire le diagnostic de la fièvre typhoïde, et on ne peut baser ce diagnostic que sur l'ensemble des symptômes. Chez notre malade, la température n'était pas élevée; il n'y avait donc pas indication de l'abaisser, et cela prouve, soit dit en passant, que le traitement par la méthode de Brand, certainement utile dans certaines conditions, n'est pas applicable à tous les cas.

Congrès international d'hygiène et de démographie tenu à Londres du 10 au 17 août (1).

VIII

Le suicide dans les armées européennes. — M. LONGUET fait une intéressante communication sur ce sujet.

C'est l'armée autrichienne qui vient en tête avec 122 suicides pour 100,000 hommes d'effectif, de 1875 à 1887. Le maximum a été observé, en 1886, avec 149 pour 100,000. Pour être complet, il faut ajouter à cette proportion de 122 une moyenne de 40 tentatives de suicide n'ayant pas abouti. Le suicide, qui n'était dans cette armée que de

(1) Suite. — Voir les numéros des 27, 29 août, 1er et 3 septembre 1891.

89 pour 100,000 de 1870 à 1874 et de 112 de 1875 à 1880 s'élevait au nombre de 131 de 1881 à 1887; il augmente dans des proportions très sensibles.

L'armée allemande vient ensuite avec 67 pour 100,000 de 1878 à 1888, nombre auquel il faut ajouter 10 tentatives de suicides.

Dans l'armée italienne, on trouve 40 suicides pour 100,000.

On compte en France, dans l'armée, de 1872 à 1889, 29 suicides pour 100,000. On avait eu, de 1862 à 1869, 47 suicides pour 100,000; cette diminution est d'autant plus notable qu'une augmentation graduelle tend à se produire pour les autres pays.

Dans l'armée belge, on rencontre 24 suicides pour 100,000, de 1875 à 1888.

Dans l'armée anglaise, les garnisons de l'intérieur donnent une proportion de 23 pour 100,000 ; l'armée des Indes présente une mortalité double, 48 pour 100,000.

Dans l'armée russe, on compte une mortalité de 20 suicides pour 100,000, de 1873 à 1889.

L'armée espagnole donne 14 suicides pour 100,000, en 1886.

Dans les anciennes armées, recrutées surtout par enrôlement, c'étaient les anciens soldats qui se suicidaient le plus. Il en est encore actuellement ainsi dans l'armée anglaise. En France, en Italie, en Allemagne, en Autriche, c'est aujourd'hui le jeune soldat, et principalement dans les premiers mois de service.

La proportion des suicides chez les sous-officiers est trois fois plus grande que dans la troupe. Chez les officiers (âge moyen surtout), il est le double.

Le suicide est le plus fréquent dans le train et la cavalerie, et le moins dans le génie.

Les condamnés militaires se suicident rarement; mais il y a de fréquents suicides chez les prévenus détenus dans les prisons des corps.

Le coup de feu est le mode de suicide le plus employé, puis viennent la pendaison et la submersion. On doit signaler dans les armées anglaises et allemandes la fréquence du suicide par le *art throat* (gorge coupée).

Les coups de feu sont généralement tirés à la tête.

Les soldats indigènes d'Algérie se frappent généralement le tronc (abdomen ou poitrine), une idée infamante s'attachant aux mutilations de la tête.

En Autriche, la répulsion du service militaire est la cause du tiers des suicides ; la crainte d'une punition intervient pour un tiers en Autriche et en Allemagne, pour un cinquième en France et pour un septième en Italie.

L'augmentation du suicide pendant la saison chaude et la diminution en hiver sont aussi manifestes dans les militaires que dans le civil. Enfin, le suicide passionnel fait beaucoup plus de victimes en France et en Italie qu'en Allemagne et en Autriche.

L'armée française en Algérie et l'armée anglaise aux Indes présentent deux fois plus de suicides que les mêmes éléments dans la mère-patrie.

L'imitation ou la contagion joue un rôle évident; dans un régiment, un suicide est fréquemment suivi d'un autre suicide, qui souvent est accompli dans les mêmes conditions. (Série de suicides par pendaison au même crochet d'un couloir des Invalides ; série de suicides dans la même guérite du camp de Boulogne.)

La tendance du jeune soldat au suicide doit être combattue en veillant constamment à son relèvement moral, en stimulant son honneur et en développant son éducation militaire.

L'action intime et persévérante des chefs, l'intervention d'une autorité bienveillante, l'éveil des suprêmes espérances patriotiques doivent contribuer largement au perfectionnement moral du soldat.

Le suicide par arme à feu est quatre fois plus fréquent dans l'armée que dans la population civile. Cette prédilection tient certainement à la facilité avec laquelle le soldat se procure l'instrument du suicide; on devrait donc veiller à ce que les soldats n'aient de cartouches à leur disposition qu'aux séances de tir ou dans des exercices bien déterminés.

Enfin, les irrégularités de la comptabilité, le détournement des fonds causent de fréquents suicides chez les sous-officiers; il appartient aux officiers de mettre, par une surveillance active, leurs subordonnés à l'abri de tout entraînement.

Dans certains pays de l'Europe, la loi prescrit de refuser la sépulture au suicidé et de livrer son corps aux amphithéâtres de dissection.

On a réclamé l'application de cette loi à l'armée; M. Longuet ne s'associe pas à cette mesure qui ne tient pas suffisamment compte des différents degrés de responsabilité des suicidés, et qui méconnait les égards dus au sentiment des familles, déjà si éprouvées.

Le règlement, qui refuse les honneurs militaires au suicidé, prescrit une sanction plus conforme à l'esprit militaire et suffisante pour impressionner le soldat.

Le chef doit rappeler à ses subordonnés le mot célèbre de Napoléon, qui flétrissait en justes termes le suicide et estimait que cet attentat, pour un militaire, équivalait à une fuite devant l'ennemi.

— M. Bertillon a étudié *l'influence des professions sur la mortalité.* — Pour lui, à Paris, la plus dangereuse des professions est celle de cocher, dont la mortalité est encore accrue par leur alcoolisme habituel; les maladies, causes de la mort, sont la pneumonie et la bronchite. Les charretiers ont une mortalité moins élevée, parce qu'ils peuvent combattre le froid en marchant auprès de leurs chevaux. Parmi les professions dangereuses se trouvent celles où l'ouvrier doit respirer des poussières dures, tailleurs de pierres, maçons, terrassier; quand les poussières sont molles, la mortalité est moins élevée. A Paris, les tailleurs et les cordonniers sont très frappés; cela tient peut-être à ce que ces professions sédentaires sont choisies par des hommes peu valides. Chez les prêtres, la longévité est très remarquable; il en est de même en Angleterre et en Suisse. Chez les médecins anglais et suisses, au contraire, les dangers de la profession amènent souvent des morts prématurées; leurs enfants, au contraire, meurent peu, ce qui tient sans doute à ce qu'ils sont élevés suivant les règles de l'hygiène. A Paris, les médecins meurent peu; c'est qu'on ne peut comparer leur vie à celle du médecin de campagne si fréquemment exposé aux intempéries et conduisant lui-même sa voiture, ce qui le met dans la condition d'un cocher. Les chiffres que donne M. Bertillon ont été calculés âge par âge, ce qui est nécessaire pour avoir des données exactes.

M. Ogle a fait un travail sur le même sujet et comparé la mortalité des individus âgés de 25 à 65 ans exerçant diverses professions. Il a pris comme terme de comparaison la mortalité des ecclésiastiques qui est la plus faible et qu'il a représentée par 100. Dans ces conditions, nous ne citons que quelques-uns des chiffres établis par M. Ogle : le coefficient de mortalité est, pour les jardiniers, 108; pour les laboureurs, 126; les épiciers, 139; les mineurs, 160; les boulangers, 172; les cantonniers, 185; les tailleurs, 189; les chapeliers, 192; les imprimeurs, 193; les médecins, 202; les relieurs, 210; les bouchers, 211; les cochers, 267; les marchands de vins, 274; les potiers, 314; les camelots, 328; les garçons d'hôtel, 397. L'alcoolisme proprement dit mis à part, les cabaretiers sont atteints de maladies du foie six fois plus souvent que les individus exerçant d'autres professions; ils présentent deux fois plus de maladies du système nerveux et des voies urinaires.

Les mineurs ont une mortalité bien moins élevée que celle des médecins et à peu près la même que celle des hommes de loi et des ingénieurs.

Les hôpitaux sous la tente ou sous la baraque. — M. Duchaussoy a recherché quel était le plus favorable de ces deux modes d'hospitalisation. Le renouvellement de l'air et la désinfection sont plus faciles avec les tentes. Les matériaux des baraques se trouvent facilement, mais il est difficile de construire ces dernières selon toutes les règles. La tente est très transportable et se monte sans grands frais. L'Association des dames françaises a fait établir des tentes qui doivent être des hôpitaux spéciaux pour les blessés. Les résultats des essais faits en hiver ont été très bons. Il n'y a pas de mauvaise odeur, même quand la tente est occupée par des malades depuis plus d'un mois. Le service se fait sans bruit et le demi-jour est suffisant pour lire.

(A suivre.)

CORRESPONDANCE

A Monsieur le Ministre du commerce.

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien soumettre à l'appréciation de l'Académie de médecine de Paris les considérations suivantes :

Traitement de la tuberculose et des maladies infectieuses en général.

Tout récemment, le docteur Lannelongue a donné, à l'Académie de médecine de Paris, communication d'un traitement nouveau de la *tuberculose*, dite *chirurgicale*, et qui consiste à scléroser, à l'aide d'injections hypodermiques multiples d'une solution de chlorure de zinc, les tissus périphériques aux foyers tuberculeux, tissus que l'expérience nous a appris être voués à un nouvel ensemencement.

D'après M. Lannelongue, le nouvel état de ces tissus établit, autour de ces foyers, une sorte d'enkystement, qui oppose une barrière infranchissable à l'envahissement ultérieur de la tuberculose.

En outre, le nodule tuberculeux lui-même, ainsi emprisonné, sa partie centrale ne renferme bientôt plus que des éléments anatomiques dégénérés, frappés de mort, en voie de nécrobiose.

En présence de ce double résultat, je me suis demandé s'il ne serait pas possible qu'en même temps que la sclérose périphérique, il se produisît, par absorption plus profonde de la solution injectée, une destruction *directe* du bacille; de telle sorte que la sclérose périphérique, recherchée et obtenue par le procédé de M. Lannelongue, au lieu d'être la cause essentielle, primitivement déterminante des guérisons, ne serait que coïncidente ou consécutive.

Il y aurait donc, si mes soupçons portaient juste, un autre facteur : l'action *directe* sur le tubercule d'une injection médicamenteuse, agissant à distance par absorption.

Il y a un moyen bien simple de s'assurer de cette possibilité : c'est de pratiquer (sur les animaux d'abord, bien entendu) des expériences consistant à faire, comparativement, chez divers sujets, des injections loin des foyers tuberculeux chez les uns, et dans les tissus périphériques chez les autres, et cela, non seulement pour la tuberculose externe, mais aussi pour la tuberculose pulmonaire. Les résultats seraient constatés par des autopsies faites à diverses époques du traitement.

Or, il semble acquis que des guérisons de phthisie pulmonaire bien confirmée ont été obtenues, à diverses reprises, par les préparations arsenicales administrées par la voie gastrique. Je serais donc d'avis de commencer de préférence les expériences avec les solutions arsenicales.

Parallèlement à ces expériences, il faudrait en instituer d'autres, consistant à essayer successivement, *directement*, *à nu*, l'action nocive de telles ou telles substances (et plus particulièrement des solutions de sublimé ou d'arsenic) sur les bacilles recueillis dans les crachats ou dans les foyers tuberculeux.

La solution bacillicide étant trouvée (et qui sait si la même ne serait pas meurtrière au même degré pour *toute espèce* de bacille ?) on s'en servirait pour les injections présumées curatives; tandis que, sur des animaux sains, on inoculerait la substance morbide supposée être inoffensive par la mort de ses bacilles.

Et de même que l'on agirait ainsi pour la tuberculose, il serait logique d'instituer des expériences analogues pour *toutes* les maladies à bacilles ou virus (choléra des poules, choléra humain, érysipèle, péripneumonie des bêtes à cornes, fièvre typhoïde, diphthérie, rage, etc.).

Ainsi, par exemple, ayant découvert que la solution X tue le bacille du choléra des poules, que la solution Z tue le bacille de l'érysipèle, etc., essayer si la solution X ne guérirait pas la poule déjà malade, si la solution Z ne ferait pas avorter un érysipèle dans le cours de son évolution, etc., si les injections des solutions Y, U, V ne guériraient pas la fièvre typhoïde, le choléra humain, la diphthérie, la rage.

Quel triomphe pour la méthode si, au lieu de l'injection pastorienne qui peut ne pas être toujours efficace, et que d'aucuns considèrent même comme dangereuse, on parvenait à guérir l'animal ou l'individu mordu par l'injection démontrée destructive du virus, pratiquée avant ou pendant l'accès rabique déclaré?

Et maintenant, ce n'est pas tout : étant établi par ces expériences que les médicaments administrés par la voie hypodermique peuvent, par absorption lointaine, atteindre le principe morbide lui-même, il s'ensuivrait une révolution complète dans la thérapeutique : *La substitution de la voie hypodermique à la voie gastrique, bien moins certaine, et bien plus désagréable dans son application.*

Déjà, nous arrêtons une hémorrhagie par une injection hypodermique d'ergotine.

Nous supprimons les accès de fièvre avec une injection de quinine.

On a prétendu guérir la syphilis avec l'injection de sublimé.

Nous faisons cesser la douleur par l'injection de morphine, etc., etc.

Est-ce donc si déraisonnable d'espérer que, dans cet ordre d'idées, on peut faire mieux encore?

Pour ma part, si j'avais à ma disposition les moyens de faire les expériences nécessaires pour élucider une question si intéressante, je n'hésiterais pas à les entreprendre. Malheureusement ni mon âge, ni ma santé, ni le reste ne me le permettent.

C'est ce qui m'engage, Monsieur le Ministre, à la démarche que j'ai l'honneur de faire aujourd'hui auprès de vous, et que, dans votre sollicitude pour la santé publique, vous accueillerez, je l'espère, avec bienveillance, lui donnant la suite qu'elle me paraît mériter.

J'ai l'honneur d'être, Monsieur le Ministre, votre très humble serviteur,

Dr Ripoll,
Chirurgien en chef honoraire des hôpitaux de Toulouse,
ancien professeur à l'Ecole de médecine.

Tarbes (rue Brauhauban, 6), 20 août 1891.

P.-S. — On mande de Nevers qu'une épizootie de péripneumonie sévit dans la Nièvre. (Déjà *cent trente-sept* animaux ont été abattus.) Ce serait le cas d'instituer là des expériences dans le sens indiqué plus haut. Je serais d'avis d'opérer d'abord avec le sublimé.

Dr R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

1er Semestre 1891.

Sommaire : Bactériologie et chimie biologique.

Bacterium coli dans un abcès dysentérique du foie. — MM. Veillon et Jayle ont trouvé dans un abcès du foie provenant d'un malade qui avait eu la dysenterie au Tonkin, un bacille constitué par un bâtonnet, court, mobile, se colorant facilement par les couleurs d'aniline et se décolorant par la méthode de Gram, qui n'était autre que le *bacterium coli commune*. Le malade a complètement guéri. Cette observation montre que le *bacterium coli commune* est capable d'envahir les organes voisins de l'intestin, lorsqu'ils sont déjà malades. Dans le cas de MM. Veillon et Jayle, il est difficile de lui faire jouer un rôle pathogène, car il n'est apparu dans le pus qu'à une période assez avancée de l'évolution de l'abcès du foie. Cependant il est possible qu'il ait contribué, dans une certaine mesure, à retarder la guérison.

Causes de la toxicité de l'urine normale, par MM. Mairet et Bosc. — Les recherches de ces auteurs leur ont montré : 1° que l'eau que renferme l'urine, à part une certaine action sur la respiration et le tube digestif, n'a d'influence ni sur les troubles que produisent les injections d'urine ni sur le degré de toxicité de cette dernière; 2° que les sels de

potassium interviennent dans une certaine mesure dans le degré de toxicité de l'urine; 3° que l'urée, les sels de sodium et de potassium jouent un rôle dans la diurèse que produit l'urine; 4° que les sels de sodium sont une des causes de l'accélération des battements cardiaques qu'on constate sous l'influence des injections d'urine.

Les matières colorantes sont la cause essentielle de la toxicité de l'urine, leur action est simplement aidée par celle des autres corps.

Angiocholites microbiennes expérimentales. — MM. Charrin et Roger ont obtenu des lésions un peu différentes selon qu'ils injectaient une culture très virulente ou une culture légèrement atténuée. Dans le premier cas, la mort est survenue rapidement et le microscope a montré de la périangiocholite, des abcès intra-tubulaires, une injection intense et des lésions des cellules hépatiques. Dans le deuxième cas, au contraire, le processus s'était localisé systématiquement autour des voies biliaires et présentait une tendance très marquée à guérir, ou du moins à revêtir une forme chronique. Peut-être pourrait-on voir se développer une véritable cirrhose d'origine biliaire. Divers microbes peuvent déterminer des angiocholites. M. Dupré a trouvé des streptocoques et Naunyn a isolé un bacille plus ou moins analogue au pneumocoque de Friedlander. Le bacterium coli, comme l'ont fait remarquer MM. Gilbert et Girode, peut facilement pénétrer dans les voies biliaires et, quand sa virulence est suffisante, déterminer leur inflammation, les recherches de MM. Charrin et Roger ont mis ce fait hors de doute.

Des angiocholites infectieuses ascendantes suppuratives. — MM. Gilbert et Girode ont montré dans une communication faite en décembre 1890 à la Société de biologie, que : Les voies biliaires inhabitées à l'état normal, peuvent être envahies par le bacille d'Escherich;

La présence de ce bacille dans les voies biliaires n'est pas incompatible avec l'intégrité de celles-ci;

Le bacille d'Escherich est un des agents de l'angiocholite et de la cholécystite suppurée.

Ils ont recueilli, chez un individu qui a succombé à une pneumonie, un exemple de cholécystite purulente due au bacille d'Escherich. Ce cas, dans lequel il n'existait aucun obstacle mécanique à la circulation de la bile, pourrait être considéré comme venant à l'appui de cette proposition que les maladies profondes sont capables de favoriser l'ascension des bactéries intestinales par le mécanisme de modifications apportées dans la sécrétion et dans l'excitation de la bile.

Contrairement aux abcès des pays chauds, souvent stériles, les foyers angiocholitiques ont été constamment trouvés peuplés de micro-organismes. Le bacille d'Escherich apparaît comme le grand parasite des voies biliaires et le rôle qu'il joue dans l'inflammation suppurative de celles-ci ne laisse que peu de prise au doute; cependant le duodénum renferme d'autres espèces microbiennes dont la migration ascendante est vraisemblablement capable d'avoir les mêmes conséquences.

MM. Malvoz et Dupré ont constaté l'existence du streptocoque dans l'angiocholite suppurative. Mais il est juste d'ajouter que cette constatation, uniquement faite sur des coupes colorées, n'exclut pas la présence d'autres micro-organismes.

Des bactéries normalement absentes dans le duodénum peuvent également pénétrer dans les voies biliaires et en amener la suppuration.

Chez une malade morte dans le service de M. Rigal, on a trouvé, à l'autopsie, les canaux cystique et cholédoque profondément altérés, remplis de pus concret. La vésicule biliaire, affaissée, ne contenait que quelques gouttes de bile; son col était oblitéré. Le foie était volumineux et gros, le cœur flasque et adipeux, les poumons congestionnés.

Le canal cystique et le duodénum étaient peuplés par le pneumocoque et par le staphylocoque blanc, à l'exclusion de tout autre microbe; la bile et le sang étaient privés de germes.

C'est là un fait qui élargit le domaine, déjà si vaste, du pneumocoque.

Action de certaines matières colorantes dérivées de la houille sur le développement et la virulence de quelques microbes. — Dans les couleurs qu'ont étudiées MM. Hugounenq et Eraud, deux sont à retenir, le bleu de méthylène et la saponine. Ces deux couleurs

paraissent s'opposer au développement des micro-organismes. Elles semblent atténuer leur virulence sans atteindre leur vitalité, au moins quand l'action de la matière s'exerce en solution étendue et pendant un temps assez court. Mais si, au contraire, le contact du microbe et de la couleur se prolonge, si la solution se concentre, non seulement la virulence, mais encore la vitalité du microbe semblent frappées. Ces faits très importants expliquent les résultats dissemblables auxquels sont arrivés les divers auteurs qui ont appliqué en thérapeutique les propriétés antiseptiques des couleurs d'aniline. Tandis que les uns, comme Stilling, se montraient enthousiastes, d'autres refusaient toute valeur à ces agents. A la condition de les faire agir d'une façon continue et en solution suffisamment riche, on peut en retirer des avantages sérieux.

C'est ainsi que dans certaines affections, telles que : panaris, anthrax, chancrelles, les solutions de ces substances agissent d'autant mieux et plus rapidement que leur emploi est plus fréquemment renouvelé. C'est surtout dans la blennorrhagie que cette particularité mérite d'être notée. Avec des solutions à 1/200e ou eu 1/150e, en faisant dix à quinze injections par jour, on obtient des effets vraiment remarquables, tandis qu'avec des solutions plus diluées et avec des injections répétées seulement trois ou quatre fois par jour, suivant la méthode classique, on n'a que des résultats peu appréciables touchant la durée, la nature de l'écoulement.

M. Moran a rappelé qu'il avait déjà étudié en 1890, en collaboration avec M. Germain Sée, le pouvoir antiseptique des couleurs d'aniline. Pour lui, les couleurs d'aniline de la série aromatique, privées de phénol, ne sont pas toxiques. Elles jouissent d'un pouvoir antiseptique variable; les plus puissantes sont : les violets de méthyle, le ver malachite, la safranine. En solution très étendue (1/2500e), elles modifient favorablement les suppurations et peuvent même les prévenir.

Etude sur les parasites du sang chez les paludiques, par M. G. Nepveu. — La multiplicité des espèces parasitaires chez les paludiques est un grand obstacle à leur étude. On peut ranger ces parasites en deux groupes : les uns sont des bactériens en biscuit, des bacilles, de fins streptocoques, des bactériens en flotteur, des spirilles; la bactérie caréniforme, la bactérie érucoïde appartiennent au monde des algues inférieures et des schizomycètes. Les corps vésiculeux, les corps falciformes, les amibes, les corps amiboïdes, les corps semi-lunaires, les corps flagellés appartiennent à l'un des groupes les plus supérieurs de l'animalité et se rangent dans les sporozoaires et spécialement les coccidies.

Les associations plus ou moins complexes de parasites divers, et, aussi, le passage de ces parasites à des phases ultérieures de développement, semblent expliquer les formes si variées du paludisme. M. Nepveu n'a jamais pu trouver, dans les fièvres tierces, le corps en rosace ou corps segmenté de Golgi.

Etude sur les produits solubles favorisants, sécrétés par le staphylocoque pyogène. — MM. A Rodet et J. Courmont ont pu voir que les produits solubles sécrétés par le *staphylocoque pyogène*, introduits dans l'organisme du lapin, modifient l'état de réceptivité de cet animal pour le microbe, en le rendant plus sensible à l'infection ; ils sont favorisants. L'introduction simultanée du microbe et des produits hâte légèrement la mort et favorise la suppuration, notamment lorsque, le microbe étant dans le sang, les produits solubles sont introduits dans le tissu cellulaire. L'imprégnation par les produits solubles, dont l'effet est aussi net, au bout de trois mois qu'au bout de deux jours, hâte considérablement la mort du sujet et l'éclosion des lésions rénales ; elle peut même faire apparaître ces lésions rénales avec un virus trop atténué pour le produire normalement. Les cultures filtrées conservent cette propriété favorisante vingt et vingt-quatre jours après leur filtration, alors que leur pouvoir toxique diminue. L'influence immédiate des produits solubles du staphylocoque pyogène sur l'infection peut se comparer à celle que MM. Bouchard, Charrin, Royer ont étudiée avec le bacille du charbon symptomatique et du pyocyanique; elle est expliquée par M. le professeur Bouchard au moyen d'une action toxique de ces produits solubles sur le centre vaso-dilatateur qui, paralysé, empêche le phagocytisme. L'influence prolongée est identique à celle qui a été observée sur les cultures filtrées d'un bacille tuberculisant, elle n'a pas les caractères d'une intoxication et

elle est susceptible des mêmes explications que l'état normal. On peut supposer une modification des propriétés des phagocytes; on peut également admettre un état microbiophite des humeurs.

Action des antiseptiques sur le ferment saccharifiant du pancréas, par M. Abelous. — Ainsi qu'on le sait, les ferments solubles présentent une résistance bien plus grande que les ferments figurés aux substances antiseptiques. Cette résistance fournit un procédé commode pour dissocier l'action des microbes de l'action de la diastase pancréatique. L'extrait aqueux du pancréas peut transformer, au bout de quelques heures, une certaine quantité de maltose en glucose. Cette transformation n'est pas due aux microbes, puisqu'elle se fait en présence de substances antiseptiques. Quand l'empois d'amidon est additionné de substances antiseptiques, à doses suffisantes pour entraver le développement des bactéries, on n'observe pas la formation d'acides gras (acides lactique et butyrique, qui, au contraire, apparaissent toujours au bout d'un certain temps, quand on laisse se développer des microbes.

La formation d'acides gras dans le milieu amylacé est donc le résultat de fermentations microbiennes.

Fièvre typhoïde expérimentale. — MM. Gilbert et Girode ont pu, par l'inoculation souscutanée de cultures du bacille d'Eberth, provoquer chez le cobaye une affection mortelle avec stupeur, amaigrissement et diarrhée. A l'autopsie, ils trouvèrent les plaques de Peyer ulcérées profondément, exulcérées, ou présentant l'aspect des plaques gaufrées de la dothiénentérie humaine. Histologiquement, dans les ulcérations, l'infiltration leucocytique est modérée; ce qui domine, ce sont les dilatations et les oblitérations de vaisseaux qui se montrent d'une manière diffuse dans toute l'épaisseur de la région celluleuse malade; les éléments de la musculeuse sont dissociés par un état œdémateux. A l'examen bactériologique, on constate la présence d'un grand nombre de bacilles reproduisant l'aspect général des amas du bacille d'Eberth; dans les coupes de ganglions, ils sont plus rares. Au moment de l'autopsie, le suc splénique et le liquide intestinal ont fourni des ensemencements qui ont donné des cultures très régulières et actives du bacille d'Eberth.

L'évolution et la durée de la maladie provoquée, le siège et la forme des lésions, la mise en relief de l'agent pathogène surpris en pleine multiplication sur l'organisme en cause, tous ces caractères rappellent assez nettement les traits de l'infection typhoïde humaine.

Les cobayes ont reçu la matière virulente sous la peau du dos et ils ont réagi de la même manière que les animaux injectés dans les veines, le péritoine et l'intestin même. Cela confirme la pluralité possible des voies d'introduction du bacille d'Eberth dans l'économie. A l'occasion, il faudra savoir garder le tégument externe d'une contamination par le bacille typhique. (*A suivre.*)

De quelques nouvelles médications.

Contribution a l'action physiologique des noix de kola. (*Nouveaux remèdes*, 1891.)

E.-J. Katlear a entrepris, en collaboration avec trois de ses camarades, des recherches expérimentales sur l'influence des noix de kola sur l'échange des matières à l'état de repos et pendant un travail modéré (gymnastique). Lui, de son côté, n'a étudié que l'influence des noix de kola sur l'assimilation et l'échange du chlore, du soufre et du phosphore. Voici les résultats auxquels il est arrivé (en passant, nous remarquerons que les expériences ont été faites sur 7 hommes bien portants pendant dix jours, dont cinq avec kola à la dose de 3 gr. 85 environ, et cinq jours de contrôle sans kola) :

1° Pendant le repos, l'assimilation du phosphore est augmentée, tandis que celle du chlore et du soufre est diminuée. Les mêmes rapports se maintenaient pendant le travail, à l'exception du chlore, dont l'assimilation restait telle quelle.

2° L'échange du chlore, diminué pendant le repos, diminue encore davantage pendant le travail.

3° L'échange du phosphore, diminué au repos, resta diminué pendant le travail, mais à un degré moins accusé.

4° Le même phénomène eut lieu pour le soufre : diminution moindre de l'échange du soufre au travail qu'au repos.

5° Les échanges spécifiques du phosphore et du soufre augmentent au travail aussi bien qu'au repos, c'est-à-dire la décomposition des substances contenant du phosphore et du soufre est moins entravée par le kola que celle des substances contenant de l'azote.

De ces recherches, il résulte que, conformément à l'opinion de Heckel et de Duhamel, le kola peut être considéré comme un aliment d'épargne modérateur. S'il est vrai que la diminution des échanges dans les expériences de l'auteur est beaucoup moins accusée que dans celles de Heckel, et que le kola ne semble pas répondre à l'attente de ce dernier, il ne faut pas oublier que, dans le cas actuel, il s'agit seulement d'un travail très modéré. Or, l'on sait que le kola s'est surtout montré excellent dans le cas de travaux très pénibles et prolongés (ascension des montagnes, manœuvres, etc.). — P. N.

FORMULAIRE

Lotion et pommade contre la tricophytie. — Brocq.

Les cheveux étant coupés aussi ras que possible, savonner le cuir chevelu avec du savon ordinaire, du savon au goudron ou au naphtol, puis épiler. — Après l'épilation, lotion des plaques malades, deux fois par jour avec la solution suivante : Sublimé, 1 gramme; glycérine, 100 grammes; eau, 400 grammes. On augmente ou on diminue la dose de sublimé, suivant la tolérance du cuir chevelu. — Matin et soir, on frictionne les plaques avec la pommade suivante : Turbith minéral, 1 à 2 grammes; lanoline, 30 grammes; vaseline, 10 grammes. On épile de nouveau dès que cela est possible. — Au bout de deux ou trois mois de ce traitement, tout en continuant l'épilation, on alterne avec des badigeonnages de teinture d'iode, des frictions à l'essence de térébenthine et à la glycérine phéniquée. — N. G.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* Lait *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boites en cristal plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

L'Académie de médecine, d'ordinaire somnolente pendant ce qu'on est convenu d'appeler les vacances, est en ce moment bien réveillée par une question qui, pour n'appartenir que d'un peu loin à la médecine proprement dite, n'en fait pas moins beaucoup de bruit. Il s'agit de la pathologie de la race juive et, incidemment, de ses mœurs, de son hygiène, de sa croyance à la vie future, de ses aptitudes psychologiques, pathologiques, diabétiques, musicales et autres.

M. Germain Sée, M. Worms, M. Javal, bien placés pour être au courant de la question, ne sont cependant pas d'accord. Il est vrai qu'ils avaient commencé, dans une première séance, par discuter sur des impressions et non sur des faits; dans une seconde, MM. Worms et Sée ont apporté des documents et des chiffres qui ont renversé les assertions de M. Lagneau sur la fréquence de l'épilepsie, de l'aliénation mentale et du diabète chez les Juifs.

L'argumentation la plus solide m'a paru être celle de M. Worms; la plus brillante, celle de M. Sée. M. Worms a invoqué la statistique de la clien-

FEUILLETON

CAUSERIE

J'ai inséré, dans une de mes dernières *Causeries*, les interviews que l'*Eclair* avait attribuées à MM. les professeurs Peter et Germain Sée, au sujet de la maladie de S. M. l'empereur Guillaume II. Un de nos lecteurs, s'appuyant sur des motifs qui me paraissent assez légitimes, m'écrit que ma bonne foi a été surprise, et que jamais ni l'un ni l'autre de ces deux maîtres n'ont eu l'idée qu'on leur a prêtée.

« Voyez-vous, mon cher Simplissime, je ne puis croire que deux professeurs de la Faculté, deux hommes, qui passent pour sérieux et à bon droit, aient pu dire de pareilles choses sur le compte d'un homme qu'ils n'ont jamais vu. Jamais un médecin n'a pu se vanter de pouvoir deviner ce qu'avait un malade séparé seulement de lui par la largeur d'une rue, sans l'avoir examiné avec soin, percuté, ausculté, palpé, etc...; il arrive même souvent qu'après avoir examiné avec soin, ausculté, percuté et palpé un malade, le médecin, et même une consultation de médecins, ne sont pas plus avancés. Comment alors voulez-vous qu'on puisse émettre une opinion valable sur le compte d'un homme qu'on n'a jamais vu et sur la maladie duquel on n'a que des renseignements contradictoires ou sans valeur? Non, vous savez, jamais je ne croirai cela, et évidemment le reporter de l'*Eclair* a inventé ces interviews de toute pièce. »

tèle juive de l'hôpital Rothschild pendant vingt-cinq ans et le recensement de la population française. Rien de convaincant comme les chiffres. M. Sée s'est montré aussi ferré sur le *Décalogue* et le *Pentateuque* que sur les traités de Frerichs, de Seegen et de Bouchard. Il a même lu les *Bulletins de la Société d'anthropologie*, d'où il a extrait des passages bien curieux, comme l'immunité contre la peste et la foudre, que, d'après M. Bordier, posséderait la race juive. La peste et la foudre! Puis le croup et le goître sont rares chez eux. Quels rapprochements! Sans compter que les Juifs semblent avoir une aptitude réelle à la musique et à l'aliénation mentale. C'est très curieux! très curieux! Si toute la pathologie était écrite dans ce style, je défie le plus optimiste des écrivains d'oser déclarer encore que la science est faite.

M. Sée avait beau jeu pour renverser ses adversaires et ne s'est pas privé de ce plaisir. Des assertions, c'est bien, mais des chiffres, c'est mieux; et, ne trouvant pas de chiffres devant lui, l'orateur n'a pas manqué de signaler le point faible des documents qu'il analysait, et il ressort de son argumentation que la race juive n'a pas de pathologie spéciale, mais est soumise, comme les autres, aux diverses maladies qui assaillent l'espèce humaine.

L.-H. P.

Du rétrécissement pulmonaire.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 11 juillet 1891,

Par P. Duroziez.

Le rétrécissement pulmonaire appartient au fœtus, comme le rétrécissement aortique à l'homme âgé. Son étiologie n'a rien de mystérieux. Qu'il soit dû à l'inflammation ou non, il résulte d'une altération de la nutrition et varie dans ses accompagnements suivant l'époque à laquelle la cause a sévi. Il y a cyanose ou non; il y a communication ou non entre les cavités droites et gauches. On a exagéré l'importance de la division en congénital

---

Je ne dis pas non, un reporter à court d'articles est capable de tout. Il en est de même, d'ailleurs, de tout journaliste pressé. Le *Petit Journal* lui-même se passe parfois la fantaisie de donner deux articles en contradiction entre eux, et cela dans le même numéro. Tenez, par exemple, dans une colonne il s'indigne contre un charlatan et, dans une autre, il donne un tas de recettes infaillibles contre les maladies incurables!

Enfin, le mieux pour le médecin est de savoir se taire. S'il ne sait rien, il aura au moins le mérite de ne pas parler à tort et à travers; s'il sait quelque chose, comme il ne l'aura appris que dans l'exercice de sa profession, il sera lié par le secret professionnel, et mis par là dans l'obligation de ne rien dire. La devise de Jacques Cœur, que j'ai eu le plaisir de lire dans son hôtel à Bourges il y a quelques jours, pourrait servir aux médecins : « En bouche close, n'entre mouche, dit un personnage dont les lèvres sont fermées par un cadenas. » Allusion, je suppose, à l'insecte bourdonnant qui fait plus de bruit que de besogne.

Le secret professionnel, on ne saurait assez le répéter, est un des fleurons de la couronne médicale; c'est peut-être même ce qu'il y a de plus beau dans notre profession; c'est lui qui en fait un sacerdoce. Le secret professionnel date de loin, et nos ancêtres l'ont revendiqué comme un droit avant qu'on leur en ait fait un devoir. A plusieurs reprises, alors que la royauté n'avait pour règle que son bon plaisir, le pouvoir essaya de s'immiscer dans les rapports des médecins avec leurs malades; on trouve mainte et mainte ordonnance prescrivant aux premiers de fournir à l'autorité des renseignements sur les seconds. Mais, malgré les prétextes plus ou moins spécieux de ces diverses

et acquis. Telle lésion jugée acquise est congénitale, c'est-à-dire qu'elle dépend d'un vice de l'organisation première. Les prédispositions sont des malformations tantôt généralisées, tantôt localisées.

On réunit à tort dans le même groupe les rétrécissements de l'orifice et ceux du ventricule, dits préartériels; il est utile de montrer à part les lésions du ventricule qui expliquent certains souffles embarrassants; toute constriction placée sur le passage du sang détermine un souffle.

Le diagnostic n'est pas toujours évident. Deux médecins diffèrent; on diffère soi-même pour deux examens.

S'il y a cyanose en même temps qu'un souffle placé suivant la direction du ventricule droit et de l'artère pulmonaire, et ne passant pas en arrière, on est autorisé à admettre le rétrécissement pulmonaire. S'il n'y a pas cyanose, on hésite. Il peut y avoir un obstacle léger sur le passage du sang qui détermine un souffle. Le rétrécissement aortique est quelquefois diagnostiqué pour un souffle qui n'impose pas l'idée d'un rétrécissement étroit. Quand on dit : rétrécissement pulmonaire, on veut dire : rétrécissement étroit. Autrement, on n'en parlerait pas.

La malformation du thorax, plus ou moins profonde, guide le jugement qu'on porte sur l'état de l'orifice pulmonaire. Il importe de noter la conformation du thorax et de l'épine dorsale.

La communication interventriculaire donne un souffle qui se rapproche de celui du rétrécissement pulmonaire; mais la communication interventriculaire est presque toujours doublée du rétrécissement pulmonaire. Cependant, elle peut s'établir sans rétrécissement pulmonaire et n'être pas diagnostiquée.

Dans aucun des 8 cas de communication interventriculaire sans rétrécissement pulmonaire rapportés par Fournier, le diagnostic n'a été fait. On a pensé à de l'endocardite ulcéreuse. Dans le cas fourni par nous du nommé Banna, nous avons diagnostiqué : rétrécissement mitral et insuffisance aortique avec communication par le trou de Botal. Nous avons eu tort. La cyanose, dans ces conditions, nous menait à la communication interventri-

---

ordonnances, notre corps médical s'est toujours refusé à se faire, en quelque sorte, l'auxiliaire de la police.

Une des dernières tentatives en ce genre du gouvernement sur la Faculté a été l'ordonnance par laquelle M. Feydeau de Marville, lieutenant général de police, enjoignait, le 17 mai 1743, aux chirurgiens d'avoir à déclarer dans les vingt-quatre heures, à la police, le nom, le domicile et le genre de blessure des personnes blessées qu'on porterait chez eux.

Cette mesure était, en apparence du moins, motivée par une aventure assez curieuse, dont Lesage fit un épisode de son *Diable boiteux*.

Un pauvre diable de chirurgien des environs du pont Saint-Michel, las d'attendre les malades qui ne venaient pas, résolut de se *faire* une clientèle. Il loua plusieurs logements dans des maisons contiguës, et la nuit, dans les rues voisines, il tombait à l'improviste, à grands coups de bâton, sur le passant qu'il lui paraissait préférable d'attaquer.

Il rentrait ensuite précipitamment, et quand les cris de la victime avaient assemblé tout le quartier, notre homme sortait d'un de ses autres logements, à peine vêtu, le bonnet de nuit sur la tête et son épée sous le bras, comme un bon bourgeois au saut du lit, attiré par un tapage nocturne. Il s'empressait autour du blessé, le faisait transporter chez lui, le soignait avec dévouement et le guérissait sans vouloir rien accepter de lui.

La science et la charité de M. Delamarre, c'était le nom du chirurgien-assassin, consacrèrent bientôt sa réputation. Son désintéressement lui attira une clientèle considé-

culaire. Dans l'échange entre les cavités, les conditions ne sont pas les mêmes à la systole et à la diastole; il est possible que le sang passe de gauche à droite pendant la systole et de droite à gauche pendant la diastole.

Dans presque tous les cas, on a diagnostiqué l'insuffisance mitrale; on eût évité l'erreur en auscultant en arrière. On n'eût pas entendu le souffle, il n'appartenait pas à la mitrale.

L'autopsie vient rarement éclairer le diagnostic.

Le rétrécissement pulmonaire n'est pas rare et permet la vie prolongée.

Parmi les observations que nous avons recueillies dernièrement, nous trouvons un homme de 54 ans, un typographe. Quoique cet individu vive, nous affirmons le diagnostic.

Il est chétif, petit. Sa mère est morte d'un cancer du sein à 43 ans. Il n'a jamais pu courir. Jeune, il a eu des épistaxis, des hémorrhagies. Il a eu de légers rhumatismes à la jambe et à la main, de la bronchite et de l'oppression. Les mains sont violettes danst les quintes de toux; les ongles sont d'un violet gris, non déformés. La poitrine es aplatie latéralement; saillie générale en avant et en arrière. La poitrine représente un cylindre, une colonne. Souffle sibilant, strident, sans frémissement, à maximum en bas du sternum, dans le creux épigastrique, au-dessus du scrobicule, gagnant le foie, ne passant pas en arrière. Un peu de souffle au niveau de l'artère pulmonaire. Pas de jugulaires. Pas de battement de la pointe. Cœur petit. Pouls 78, régulier, un peu developpé. Pas de double souffle crural.

Que pouvons nous admettre autre que le rétrécissement pulmonaire et la communication interventriculaire?

Pialat, 46 ans, journalière, n'a jamais bien couru. Elle a été réglée à 22 ans, surtout depuis 26 ans jusqu'à 42 ans. A 29 et 32 ans, elle a eu deux enfants qu'elle a nourris quinze et dix-sept mois. Métrorrhagies à partir de 36 ans. Jamais d'hémoptysie. Jamais de syncope. Elle a toujours toussé et se croyait poitrinaire. Elle est cyanosée. Le cœur mesure 10 en hauteur sur 13 en largeur. Le pouls est régulier, développé, fort. Souffle au premier temps, à maximum au niveau du deuxième espace gauche, s'étendant à droite, en haut, à la pointe et en bas du sternum, finit avec le deuxième claquement,

---

rable... et payante. Malheureusement, pour lui, la police avait ouvert l'œil. Ces attaques réitérées, toujours dans le même quartier, et l'arrivée inévitable du même chirurgien au moment... physiologique lui parurent louches.

Quelques agents ayant voulu louer une chambre dans le pâté de maisons environnant, constatèrent que le bienfaisant M. Delamarre occupait, à lui seul, six appartements. On l'épia et on le surprit, en flagrant délit, au moment où il brisait les os d'une de ses victimes, quitte à les lui raccommoder après.

Ce chirurgien maître Jacques, qui, la nuit, se taillait ainsi de la besogne pour la journée, fut mis en prison. Mais on ne put lui faire son procès, car il se coupa la gorge avec un rasoir. Ce fut sa dernière opération, et elle lui réussit mieux que les précédentes, puisqu'elle lui épargna la potence à laquelle les autres l'auraient infailliblement conduit.

***

Quand on se borne à assassiner les gens qui passent dans la rue et qu'on ne connaît pas, ce n'est qu'à demi-mal, comparé à ce qu'on fait quand on assassine ses parents. C'est ce qui est arrivé à un de nos malheureux confrères de Nancy, le docteur L. L.

Les journaux nous apprennent, en effet, que celui-ci, tout frais sorti de l'école, ou à peu près, a tué un de ses oncles. Après avoir été reçu docteur, il s'était marié et avait fixé sa résidence à Novéant. L'union ne fut pas heureuse, et le divorce fut prononcé; depuis ce moment, L. L. abandonna sa carrière et harcela sa famille de demandes continuelles d'argent.

sans frémissement. Le souffle commence à être intense à partir du cinquième espace gauche, suit l'artère pulmonaire, diminue aussitôt qu'on s'écarte de cette ligne et gagne l'épaule gauche. Au niveau des deuxième et troisième espaces gauches, on observe de la voussure; à ce niveau, le souffle est intense, sans être piaulant ni sibilant. Souffle dans les carotides, assez fort vers la pointe, ne passant pas en arrière. Pouls crural et radial faibles. Pas de pouls veineux. Pas de frémissement, pas de matité, des claquements. Les globules sont un peu foncés. Le sang des veines est plus noir que bleu. Il n'y a de gêne que pour monter.

Encore, ici, rétrécissement pulmonaire et communication par le trou de Botal.

Des caillots dans l'artère pulmonaire donnent un maximum de bruit en bas du sternum. Il n'y a pas à tenir compte toujours du maximum du bruit dans le deuxième espace gauche pour fixer le diagnostic du rétrécissement pulmonaire, si nous écoutons l'autopsie. Le maximum du bruit peut varier d'un jour à l'autre; nous en avons eu la preuve avec M. Ménétrier, chef de clinique.

L'examen du thorax dirige quelquefois le diagnostic mieux que l'auscultation. Chez un homme de 38 ans, nous notons de la cyanose rouge. La lésion est-elle acquise, est-elle congénitale? Il serait dangereux d'affirmer. Le souffle vibrant est plus en bas qu'en haut, il ne conduit pas au rétrécissement pulmonaire. Les battements, les déformations nous guident mieux. On sent qu'il existe une communication anormale. Y a-t-il un rétrécissement pulmonaire? Nous ne le jurerions pas. Il ne faut pas faire les diagnostics plus simples qu'ils ne sont. L'examen du thorax est de secours. Nous acceptons ici la malformation congénitale, bien que les accidents aient été tardifs.

La femme Dreux, 37 ans, a la poitrine étroite, la tête allongée, les lèvres épaisses, saillantes, les ongles arqués, cyanosés. On entend du souffle sur toute la surface du cœur. Le cœur a toujours battu fort.

Nous concluons à un rétrécissement pulmonaire, à du rachitisme.

Un jour, après diverses démarches chez plusieurs agents d'affaires de Nancy, il se présenta chez son oncle, M. L., porteur d'un revolver qu'il venait d'acheter, et lui demanda une somme de 500 francs. Ce dernier, averti par le père de son neveu, refusa à L. L. la somme demandée et lui offrit 20 francs que le neveu refusa. L. L. sortit alors son arme et la braqua sur son oncle, qui sortit précipitamment de son appartement, sis au rez-de-chaussée, et gagna la rue.

A peine avait-il fait quelques pas, que deux détonations retentirent et M. L. s'affaissa sur la chaussée. On le releva aussitôt; un médecin fut appelé, mais la mort avait été instantanée; une des balles avait traversé les poumons. Pendant qu'on s'empressait autour du cadavre, l'assassin rentrait dans le corridor de la maison habitée par son oncle, et là il absorbait le contenu d'un petit paquet d'arsenic. Arrêté aussitôt, il a été conduit au bureau central de police. Le parquet est sur les lieux. On ignore jusqu'à présent si l'état de l'assassin est grave.

L'état, par suite de l'absorption de l'arsenic, n'est peut-être pas grave; mais l'état mental doit l'être beaucoup. Il n'est pas naturel qu'un cerveau bien équilibré permette à son propriétaire de mener une pareille conduite; quitter tout, famille, clientèle, et vivre aux crochets de tout le monde, tuer son oncle et finir par le suicide. Il faudra surveiller cela.

***

Dans notre siècle de surmenage intellectuel, il n'y a rien d'étonnant à ce que, de

Chez une femme de 36 ans, qui paraît beaucoup plus âgée, le diagnostic n'est pas aisé. Cette femme n'a jamais pu remuer. Elle a été réglée à 17 ans, jamais bien. Les lèvres, la langue sont cyanosées; les phalangettes sont spatulées, typiques. Veines énormes cirsoïdes sur le ventre, sur la poitrine. Du battement et du souffle partout, jusqu'aux genoux. Foie gros. Rate énorme. Souffle au premier temps au niveau de l'artère pulmonaire. Pas d'œdème. Maigreur. Le pouls est à 90, régulier, développé. Hémorrhagies intestinales énormes terminales. (Observation du professeur Bouchard.) Pas de malformation du cœur. Rate énorme.

Hatzenburger, 29 ans, domestique femme, a été réglée à 18 ans; elle vient d'accoucher à terme. Dès son enfance, elle a eu les lèvres et les joues violettes. On entend sur toute la surface du cœur un bruit rude, râpeux, prolongé, à maximum plus en bas qu'en haut, plus à droite qu'à gauche.

Le rétrécissement pulmonaire est-il doublé de la communication interventriculaire ou de la persistance du trou de Botal?

Poulain, 28 ans, cordonnier, est pâle, a la poitrine difforme. Le sternum bombe, en bas surtout; les côtes inférieures rentrent. Il n'a jamais pu courir. Les extrémités des doigts sont élargies, incurvées. Souffle à la pointe.

Nous admettons le rétrécissement pulmonaire congénital. La déformation du thorax nous aide.

Decaze, 27 ans, garçon de magasin, a eu un rhumatisme articulaire aigu au régiment; il a été malade quatre mois.

Tenant compte de sa tête mal faite, petite, d'avorton, d'un soulèvement avec matité au niveau du deuxième espace gauche, de l'aplatissement du sternum, d'un souffle au premier temps au niveau du deuxième espace gauche et de la partie inférieure du sternum, nous admettons le rétrécissement pulmonaire qui a pu se développer au moment du rhumatisme articulaire, mais qui a pu le précéder.

La déformation du squelette est un bon guide.

Meurer, 26 ans, graveur sur métaux, est solide, trapu. Il est néanmoins chlorotique et

---

temps en temps, une cervelle se détraque. Ces jours-ci, les journaux racontaient que les membres d'une famille s'étaient pendus successivement au même clou, à quelques jours d'intervalle. Qui a bien pu pousser dans le cerveau de ces gens-là? Aux Sables d'Olonne, c'est autre chose. Pendant plusieurs jours, tout un quartier de la ville a été le théâtre de scènes inénarrables qui ont pour cause les hallucinations d'une femme de 50 ans, dont le mari, nommé Monneron, ouvrier maçon, ne paraît pas jouir de toutes ses facultés mentales.

Vendredi, dans la nuit, ces deux personnes se précipitaient dans la rue en criant qu'il se passait chez elles des choses épouvantables et qu'une force invincible les chassait hors de leur domicile.

Les esprits, car il s'agissait bien certainement d'esprits des plus malins, jetaient la vaisselle du haut des dressoirs, faisaient danser aux meubles une sarabande effrénée en éteignant les lumières.

Ces récits furent vite répandus dans le public, et, chaque soir, une foule de mille à douze cents personnes stationne pendant de longues heures, contemplant la maison hantée, dont les volets sont soigneusement clos. Ce qu'il y a de plus regrettable, c'est que des personnes que leur caractère oblige à plus de réserve rendent de fréquentes visites au ménage Monneron, donnant ainsi un appui aux récits absurdes de gens qui deviendraient certainement plus réservés si M. le commissaire de police leur rendait une sérieuse visite.

nerveux. Je ne parviens pas à sentir les crurales. On entend un souffle énorme depuis le deuxième espace gauche jusqu'en bas du sternum. Il a été réformé il y a six ans pour son cœur, dont il ne se plaint pas. La poitrine est bien conformée. Il n'a jamais eu de rhumatisme. Aucune cyanose.

Il y a probablement une malformation cardiaque, mais sans gravité, hystérique.

Mon ami Gaucher me montre, dans son service, une femme, âgée de 23 ans, chez laquelle il constate, à l'autopsie, le rétrécissement pulmonaire avec étroitesse de l'artère et large communication interventriculaire. Mon ami le professeur Potain avait trouvé un maximum double répondant à la double lésion. Cette femme a, suivant les moments, la teinte terne, grise, cendrée, lilas, violette. Les lèvres sont toujours foncées. Les phalangettes sont en massue, les ongles incurvés. Le thorax est court, aplati en avant. Le sternum est bifide. La femme est idiote. Le pouls est petit, mou, régulier varie entre 72 et 102. Le souffle est sifflant, râpeux, ayant son maximum contre le sternum, premier et deuxième espaces gauches, entre deux claquements parcheminés. Pas de souffle en bas du sternum; il est surtout en haut, à gauche. On l'entend bien sur le bord gauche du cœur. Il existe sur une grande surface, mais le maximum est au niveau du deuxième espace gauche. Entre deux bruits rudes, ronflants, on entend un souffle en jet de vapeur, sibilant par endroits, à maximum en haut, à gauche, vers l'épaule. Souffle râpeux au niveau du deuxième espace, sans frémissement, diminuant à la pointe.

Le rétrécissement pulmonaire n'est pas toujours étroit. Il peut dater de l'état fœtal et n'avoir pas empêché le trou de Botal de se fermer. On n'est pas autorisé, par l'absence de la cyanose, à dire qu'un rétrécissement pulmonaire n'est pas congénital.

Un point intéressant est le diagnostic entre la communication interventriculaire et les autres états qui peuvent donner naissance à un souffle vers la pointe. Il n'est pas rare que nous assistions à ces divergences. Il y a, dans les hôpitaux, certains malades sur lesquels on a fait tous les diagnostics possibles, entre autres la communication interventriculaire et, par suite, probablement le rétrécissement pulmonaire. On n'admet que des lésions graves, profondes, on n'accepte pas assez les malformations

---

***

Quand on ne s'empoisonne pas soi-même, de propos délibéré, comme ce pauvre confrère de Nancy, on court tout de même le risque d'être empoisonné, comme cela est arrivé il y a quelques jours à Lyon.

Un cas très rare d'empoisonnement s'est produit au quartier de la Guillotière. Un soir, un marchand ambulant proposait des écrevisses cuites à divers habitants de la rue de l'Epée. Un nommé Gauthier en acheta six qu'il mangea en soupant, en compagnie de sa femme, de sa fille et de son fils; mais, seul, ce dernier refusa, prétextant que les écrevisses n'étaient pas assez fraîches.

Deux heures plus tard, le mari, la femme et la fille Gauthier, ainsi que plusieurs personnes du quartier, furent pris de coliques excessivement violentes qui nécessitèrent l'intervention des médecins, lesquels prescrivirent aux malades d'absorber force lait. Seul, Gauthier refusa cette médication et ne voulut prendre que de l'eau pour lutter contre la soif intense dont il se plaignait sans cesse. Ce malheureux a expiré ce matin, à cinq heures, tandis que les autres intoxiqués étaient hors de danger.

Une instruction fut ouverte, et l'autopsie a démontré que l'empoisonnement était dû au mode de cuisson des écrevisses ou à la production spontanée de ptomaïnes.

***

Il paraît qu'on va créer à Constantinople une faculté de médecine. Le sultan a envoyé dans ce but à Paris, un haut fonctionnaire de la Porte, Nafilian Andan-Pacha.

légères du cœur qui peuvent produire des souffles intenses et constants. Il n'est pas rare que l'hystérie se mette de la partie; elle peut produire des états organiques non comparables à ceux du rhumatisme; elle est moins rétractante, moins rétrécissante, mais elle l'est assez pour produire un souffle. Le rachitisme dépend de causes diverses et le rachitisme s'exerce sur tous les organes, non pas seulement sur les os.

On n'a pas souvent l'occasion de contrôler par l'autopsie les diagnostics. On publie vite ses succès, on néglige les mécomptes; il y en a quelques-uns; parfois on va au-devant.

Peut-on diagnostiquer le trou de Botal chez un enfant qui ne présente aucune cyanose en aucun temps, malgré des bronchites capillaires? J'admets le rétrécissement pulmonaire; on entend sur toute la surface du cœur un souffle dont le maximum varie, mais est le plus souvent au niveau du deuxième espace gauche. Le thorax est peu bouleversé.

Chez un enfant les cartilages costaux et le sternum font la carène. l'épine dorsale est sinueuse; les phalangettes sont spatulées et cyanosées, Le souffle sciant est le plus fort, tantôt dans le deuxième espace gauche, tantôt en bas du sternum. L'état du thorax indique l'époque de la malformation. Nous insistons sur ce signe.

Le diagnostic est parfois difficile quand on n'est pas aidé par la cyanose. On n'a pas toujours affaire à des rétrécissements pulmonaires étroits. Il faut penser aux malformations amoindries, aux rétrécissements pulmonaires ou ventriculaires, médiocres, mais suffisants pour produire des souffles.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE (1)

1er Semestre 1891.

Sur le pouvoir pyogène du bacille d'Eberth. — MM. Gilbert et Girode font remarquer

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 septembre 1891.

Notre nouvel hôte, fort instruit, vient demander à plusieurs médecins et chirurgiens français de l'accompagner à Constantinople pour jeter les bases d'une Faculté de médecine, la première que possédera la Turquie.

Le sultan attache une grande importance à cette création. De grands progrès ont été réalisés dans le service hospitalier, non seulement de Constantinople, mais encore de toutes les villes de l'empire ottoman.

Mes compliments à ceux qui accepteront les fonctions de professeur dans la nouvelle faculté.

*
* *

La patience étant encore une de ces vertus médicales qu'on est heureux de posséder, je ne veux pas passer sous silence un exemple de patience dans le genre de celui qui consiste à fendre dans son milieu, avec un bon bistouri, une feuille de papier.

Une ouvrière parisienne est venue hier nous apporter un travail de ce genre qui dépasse, croyons-nous tout ce qui a déjà été fait jusqu'à ce jour.

Cette ouvrière est parvenue à diviser un cheveu dans son épaisseur et à y introduire un fil de soie. Jusqu'à présent, rien de particulièrement neuf. Mais voici qui est mieux :

Encouragée dans son travail, elle a fendu un second cheveu et a réussi à y introduire par l'ouverture un tube de caoutchouc de deux millimètres de diamètre; enfin, poussant toujours plus loin son œuvre, elle est arrivée à faire passer dans un troisième cheveu un tube de caoutchouc de huit millimètres de diamètre.

que l'on a nié tout rapport entre la présence du bacille d'Eberth et la production du pus; la coexistence d'un foyer purulent et de colonies du bacille d'Eberth en un point de l'organisme serait purement fortuite, et, en réalité, les agents de la suppuration ne seraient autres que les microbes pyogènes habituels qui, après avoir rempli leur rôle, auraient disparu. L'on a même été plus loiu et contesté toute valeur aux constatations du seul bacille d'Eberth dans les foyers purulents; la culture permettrait de déceler les staphylocoques, le pneumocoque ou le streptocoque dans toutes les suppurations liées à la dothiénentérie.

Les résultats de l'expérimentation vont à l'encontre de ces hypothèses et de ces affirmations. MM. Roux, Chantemesse, Gasser, Orleff, Colzi, ont observé la production du pus par l'injection aux animaux de culture du bacille d'Eberth.

Chez un certain nombre de cobayes, MM. Gilbert et Girodé ont injecté en des points variés des quantités diverses de cultures d'âges différents du bacille d'Eberth. Dans un cas, ils ont obtenu la formation de pus. Dans ce pus, qui occupait la cavité péritonéale (l'injection avait été faite sous la peau du dos), il n'y avait qu'une seule espèce microbienne, le bacille d'Eberth.

Donc, on ne peut pas dire que toutes les suppurations de la dothiénentérie sont dues à des infections secondaires.

Sur les propriétés du sérum des animaux réfractaires au tétanos, par M. Vaillard. — Les recherches de l'auteur, importantes pour la théorie de l'immunité, montrent que la propriété toxinicide du sérum n'est pas un attribut des animaux naturellement réfractaires au tétanos, et qu'on ne peut invoquer son intervention pour expliquer l'immunité naturelle; elle ne suffit pas d'avantage à l'interprétation générale de l'immunité acquise, puisqu'on ne la constate pas chez tous les animaux devenus réfractaires.

M. Sanchez Toledo a rapporté des expériences qui prouvent que, contrairement à l'assertion de MM. Vaillard et Vincent, le bacille tétanique peut développer ses effets sans l'intervention d'une symbiose bactérienne.

Toxicité des substances solubles des cultures tuberculeuses, par MM. Héricourt et Ch. Richet. — Les auteurs ont démontré, d'une manière irréfutable, que les cultures tuberculeuses contiennent une substance qui est toxique pour les lapins tuberculeux et qui est inoffensive pour les lapins sains. Cette substance n'est pas détruite par une ébullition prolongée et même un chauffage d'une demi-heure. Elle est dialysable et peut passer

---

Voilà qui laisse bien loin ceux qui introduisent plusieurs fils ensemble dans le trou d'une aiguille.

Très bien, mais à quoi cela peut-il bien servir ? C'est de l'habileté, mais pas de la chirurgie, quoiqu'il s'agisse du drainage avec un tube de caoutchouc. Peut-être tout de même arrivera-t-on à traiter de cette façon la calvitie Simplissime.

Traitement de la kératite superficielle. — De Wecker et Landolt.

Au début de l'affection, instiller dans l'œil une solution d'ésérine ou de pilocarpine (5 centigrammes d'ésérine ou 20 centigrammes de pilocarpine pour 10 grammes d'eau distillée) puis appliquer un bandeau compressif. Si la kératite a tendance à produire des abcès, ou si une ulcération s'est déjà formée, faire usage de compresses chaudes, qui resteront appliquées de trois à douze heures par jour. En pareil cas, au lieu d'une infusion aromatique, employer des rondelles imbibées de la solution antiseptique suivante : Acide salicylique, 2 grammes ; acide borique, 40 grammes ; eau distillée, 1 litre. De plus, continuer à instiller, deux ou trois fois par jour, une goutte de la solution d'ésérine ou de pilocarpine. — Lorsque les douleurs ciliaires sont violentes et la photophobie très intense, frictions au pourtour de l'orbite, avec l'onguent mercuriel. — Soins minutieux de propreté, alimentation tonique, huile de foie de morue, dragées de lactate de fer, préparations arsenicales ou à base de quinquina. — N. G.

à travers le filtre en terre poreuse; elle n'est pas détruite par un contact prolongé avec une solution d'iode à 1 p. 1,000 en liqueur légèrement acide.

Action des produits solubles du streptocoque de l'érysipèle, par M. ROYER. — Le streptocoque de l'érysipèle, quand il se développe dans un milieu soluble, à l'abri de l'air, produit une substance toxique, que l'alcool précipite et que la chaleur détruit. Les cultures filtrées et non chauffées, injectées dans les veines d'un animal, diminuent d'une façon durable la résistance à l'infection par le streptocoque. Les cultures filtrées et chauffées, injectées dans les veines d'un animal, augmentent sa résistance et le mettent à l'abri de l'infection par le streptocoque.

De la valeur digestive des acides, par M. J. THOYER. — L'acide chlorhydrique est l'acide qui, mélangé à la pepsine, est le plus propre à transformer les substances albuminoïdes en peptones. Il ne jouit pas seul de cette propriété peptonisantes; comme lui, mais à un degré beaucoup moindre, bon nombre d'acides peuvent, combinés à la peptone, opérer cette transformation des albumines en peptones; on peut citer les acides sulfurique, acétique, oxalique, citrique, tartrique, lactique et fluorhydrique. Ces acides possèdent, du reste, cette propriété à des degrés divers.

Pour montrer à quel point la chimiatrie stomacale est difficile à élucider, il suffit de rapporter, à la suite des résultats de M. Thoyer, ceux qu'ont obtenus MM. A. MATHIEU et A. RÉMOND, qui ont recherché les *divers facteurs de l'acidité gastrique*.

Pour eux : 1° L'acidité organique du suc gastrique est représentée non seulement par des acides organiques libres, mais aussi par des acides combinés. Les premiers sont seuls enlevés par l'éther.

2° Quand on fait le titrage du suc gastrique, successivement en présence de la teinture de tournesol et de la phtaléine du phénol, on trouve une acidité plus forte avec la phtaléine qu'avec le tournesol. Cette différence résulte de ce que la peptone est beaucoup plus acide en présence de la phtaléine que du tournesol. Il en est de même de l'albuminoïde acide et de la leucéine. Certains acides en combinaison, peut-être avec des substances azotées, agissent de la même façon, de telle sorte qu'on ne peut pas, actuellement tout au moins, estimer la quantité d'albumine dissoute d'après le surplus de l'acidité par le tournesol sur l'acidité par la phtaléine.

3° Le chiffre relativement considérable de chlore en combinaison organique que l'on constate par le procédé de MM. Hayem et Winter (1), indique qu'il se fait dans l'estomac un travail chimique d'une réelle importance quantitative. Si l'on considère que la plus grande partie de ce chlore combiné doit se trouver en combinaison alcaline, si l'on considère d'autre part la faible quantité de peptone que l'on est obligé d'admettre dans le suc gastrique à l'heure même où la digestion stomacale est à son maximum, on doit penser que le travail digestif exécuté par l'estomac n'est pas un travail préparatoire. Ce travail est utile, mais non indispensable, puisqu'il est à peu près nul chez des personnes d'une santé suffisante.

4° Il faut juger le suc gastrique en tant que sécrétion; le travail qu'il pourrait exécuter à la rigueur importe plus que celui qu'il fait réellement. Ce travail est, sans doute, surtout un travail de désagrégation et de dissolution des matériaux azotés qui les prépare à la digestion duodénale. Une faible quantité de ces substances subit seule dans l'estomac une digestion complète. Le rôle antifermentescible de l'acide chlorhydrique stomacale a sans doute une importance tout aussi grande que son rôle chlorhydropeptique.

5° Le vert brillant est un réactif colorant très sensible.

Recherches sur quelques transformations de l'albumine. — D'après M. POTAIN, les albumines peuvent subir des modifications qui les rendent extrêmement solubles dans l'acide acétique; aussi faudrait-il toujours, dans les recherches et les dosages, rendre les liquides à peine acides à l'aide de l'acide acétique au dixième et s'assurer ensuite que le liquide filtré ne précipite pas par l'acide nitrique ni par l'ébullition après saturation avec le sulfate de soude.

(1) Nous analyserons prochainement les travaux de MM. Hayem et Winter.

Ces modifications peuvent se faire sous l'influence des causes les plus légères, telles que l'évaporation spontanée, causes qui peuvent néanmoins faire perdre la coagulabilité et produire une variété d'albumine précipitable à froid par l'acide acétique, comme la caséine, la mucine, les albuminoses.

Les alcalis font subir aux albumines, même à froid, des modifications profondes; aussi ne saurait-on considérer comme de l'albumine ce que l'on obtient par l'aide de manipulations chimiques compliquées comme celles d'Horvack.

Les matières albuminoïdes du sang subissent, en passant dans l'urine albumineuse, des modifications particulières sous l'action des cellules épithéliales du rein et le passage d'un milieu alcalin à un milieu acide; leur solution, saturée de sulfate de soude, ne précipite plus immédiatement à froid par l'addition de quelques gouttes d'acide acétique et, outre la diminution ou la disparition considérable de la globuline, elles sont devenues moins sensibles à l'action des alcalis à froid, pour se transformer en albuminoses.

Contribution à l'étude des matières extractives non dialysables des urines, par Mme P. Eliachef. — Dans l'urine normale, la toxicité de la matière extractive non dialysable est peu considérable; il en faut 25 centigr. pour tuer un lapin de 2 kilogr. 200 grammes. Il en est de même de la substance extraite des urines des tuberculeux avant l'injection de la tuberculine et de celle des intervalles des périodes fébriles. Pendant ces périodes, la toxicité augmente beaucoup et il en est de même après l'usage de la lymphe de Koch. Il est probable qu'il s'agit d'une substance intermédiaire entre les toxalbumines et les ptomaïnes.

M le docteur Gaube a appelé *albuminaturie* un symptôme dyscrasique se traduisant par la présence d'une minime quantité d'albumine dans les urines, associée à des carbonates ou à des phosphates terreux principalement; la qualité des phosphates varie avec la nature de la dyscrasie, l'âge des sujets, passagèrement avec la grossesse et la copulation chez les deux sexes. L'urine, dans l'albuminaturie, est peu colorée, inodore, peu acide, peu minéralisée; la quantité rendue dans les vingt-quatre heures oscille entre 1,200 c. c. et 2,000 c. c. La quantité moyenne d'urée est de 8 grammes par litre, celle d'acide phosphorique de 1 gramme. Chauffée, l'urine précipite tantôt abondamment, tantôt elle devient légèrement louche vers 70 à 75 degrés. Le précipité produit par la chaleur se dissout complètement même dans les acides faibles, mais aussitôt l'urine prend un aspect louche que les acides sont impuissants à faire disparaître. Les réactifs ordinaires de l'albumine démontrent sa présence. Rien de particulier au microscope.

Le précipité que produit la chaleur dans l'urine albuminaturique est généralement fait d'albumine et de phosphate de chaux; il est décomposé par les acides qui transforment le phosphate de chaux en phosphate soluble et précipitent l'albumine.

L'albuminaturie se rencontre chaque fois que l'organisme consomme ou met en mouvement pour sa défense une grande quantité d'acide phosphorique : dans le coït, la grossesse, la croissance trop rapide, les grandes suppurations, etc. Il y a donc deux sortes d'albuminaturie, l'albuminaturie physiologique et l'albuminaturie pathologique. La première est une albuminaturie de consommation, passagère; l'albuminaturie pathologique est une albuminaturie de défense, de longue durée, présage d'une consomption finale.

L'albuminaturie peut être provoquée par l'administration en excès d'un phosphate de chaux soluble.

II

Le ferment glycolytique. — Le diabète expérimental. — M. Maurice Arthus a lu à la Société un mémoire important sur le *ferment glycolytique.* La glycolyse est la disparition du sucre dans le sang conservé hors des vaisseaux. M. Lépine admet l'existence dans le sang d'un ferment glycolytique soluble; il suppose que le pancréas produit d'une façon continue ce ferment et que les altérations ou les destructions de la glande ont pour conséquence nécessaire la non-production du ferment et la glycosurie. Or, pour M. Arthus, la glycolyse est un phénomène cadavérique analogue à celui de la coagulation et jamais le ferment n'existe dans le sang contenu dans les vaisseaux; il se forme comme le fibrinferment.

L'urine ne contient pas de ferment glycolytique, tandis que tous les autres ferments solubles s'y retrouvent. Du reste, on peut démontrer directement la non-existence du ferment dans le sang vivant. En ajoutant au sang, au sortir du vaisseau, 1,5 p. 1,000 de fluorure de sodium, on sait que la coagulation est empêchée; de plus, ce sang fluoré conserve indéfiniment son sucre même à 40°. Si le fluorure est ajouté au sang défibriné, quand il a été porté à 40°, la glycolyse n'est pas diminuée; si, au contraire, on ajoute au sang défibriné, sitôt après la défibrination, 0,02 p. 100 de fluorure de sodium, la glycolyse ne se produit pas.

Le ferment glycolytique provient des éléments figurés du sang; la glycolyse ne se produit pas dans les transsudats, mais elle se produit dans le sang et dans la lymphe. Une expérience très simple permet de montrer que le ferment se forme aux dépens des éléments figurés du sang autres que les globules rouges. Enfin, les plus grandes analogies existent entre le fibrinferment et le ferment glycolytique.

La glycosurie n'est donc jamais due à la diminution du ferment glycolytique dans le sang, puisque ce ferment n'y existe jamais. M. Lépine a d'ailleurs reconnu lui-même qu'après l'ablation du pancréas, le sang conservait sa propriété glycolytique; il a été amené ainsi à attribuer à des organes autres que le pancréas la production du ferment. M. Lépine avait cru avoir donné à sa théorie une base expérimentale solide en montrant que le pouvoir glycolytique du sang diabétique est moindre que celui du sang normal. Mais pour que le pouvoir glycolytique, défini comme l'a fait M. Lépine, représentât une notion positive, il aurait fallu démontrer que la quantité de sucre détruite dans un même sang est proportionnelle à la quantité absolue de sucre contenue dans ce sang. Il n'en est rien. Sans doute, la quantité absolue de sucre détruit dans un sang donné est d'autant plus grande que le sang est plus abondant; mais le rapport de la quantité de sucre détruit à la quantité totale de sucre, toutes autres choses égales, d'ailleurs, est d'autant plus petit que la quantité de sucre est plus grande. Le pouvoir glycolytique, en admettant la définition de M. Lépine, est donc nécessairement d'autant plus petit que le sang est plus riche en sucre, toutes autres choses étant égales d'ailleurs. D'après les chiffres de M. Barral, le sang diabétique détruit une quantité de sucre plus grande en valeur absolue que le sang normal; et cette augmentation de la quantité de sucre détruit correspond sensiblement à celle qu'on obtiendrait en amenant le sang à avoir la même teneur en sucre que le sang diabétique. Si, dans certains cas, la quantité absolue de sucre détruite dans le sang diabétique est inférieure à celle détruite dans le sang normal, il faut simplement admettre que ce sang est dans des conditions spéciales soit au point de vue de la production du ferment glycolytique, soit au point de vue des conditions d'activité de ce ferment. *(A suivre.)*

COURRIER

Le conflit entre les internes de Marseille et l'administration. — Nous apprenons avec plaisir que les internes ont eu gain de cause, et que, à la suite de l'intervention du maire de Marseille, les administrateurs ont retiré les mesures disciplinaires qu'ils avaient cru devoir prendre. Les internes ont immédiatement repris leur service.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

The supposed curative effect of operations per se,

Par le professeur J.-William WHITE (1).

Sous ce titre, le professeur J.-William White (de Philadelphie) publie, dans les *Annales de chirurgie* d'août 1891, un mémoire qui, par le sujet qu'il traite, les autorités qu'il cite et l'expérience particulièrement riche de son auteur, constitue un travail d'un intérêt et d'une importance exceptionnels. L'attention de l'auteur a été amenée sur ce sujet par les faits observés dans sa pratique de la trépanation appliquée au traitement de l'épilepsie traumatique.

Pendant les cinq dernières années, avec le docteur D. Hayes Agnew, il a pratiqué la trépanation dans 15 cas d'épilepsie dite traumatique. Tous les sujets, sauf un, ont guéri de l'opération. Celui qui mourut était un idiot et un ivrogne invétéré, en même temps qu'un épileptique. Il a succombé à une suppression d'urine, « probablement consécutive à l'éthérisation ».

Dans un cas, on trouva une balle logée au sein de la substance cérébrale; dans un autre, un fragment irrégulier de la table interne fut enlevé par une dissection de la face profonde de la dure-mère, à laquelle il était attaché par des adhérences cicatricielles; dans un autre, il y avait des spicules osseuses qui faisaient saillie à la face interne de l'os; dans deux autres, une sclérose et un épaississement marqués du crâne. Dans le reste des cas, au nombre de 9, rien d'anormal ne fut observé; et cependant, tous obtinrent une amélioration notable, deux fois même l'apparence de la guérison, car aucun retour des symptômes n'a été observé pendant dix-huit mois et deux ans. Chez les 7 autres, les résultats ont été remarquablement favorables; les convulsions ont disparu pendant des semaines ou des mois, tandis que, auparavant, elles se produisaient plus que quotidiennement.

L'auteur a classé en trois groupes les cas dans lesquels l'opération *per se* a semblé être le principal facteur de la guérison :

I. Opérations dirigées contre des phénomènes nerveux, épilepsie, insanité, paralysie, etc.

(1) Nous sommes heureux de rapprocher cet excellent travail de la discussion que nous avons soulevée récemment à la Société de chirurgie (séance du 29 juillet) sur les effets curatifs de certaines laparotomies *frustes*. Nous avons étudié les mêmes faits dans une leçon clinique sur la laparotomie exploratrice. (*Union médicale*, 18 juin, 28 juillet et 1er août 1891.)

II. Opérations pour des affections de l'abdomen et du bassin, péritonite, tumeurs, etc.

III. Opérations diverses.

Dans chacun de ces groupes, l'auteur réunit en trois catégories :

a) Les cas où rien n'a été trouvé qui expliquât les symptômes;

b) Ceux où l'on a observé quelque lésion, mais si peu prononcée, qu'elle paraissait insuffisante pour expliquer les symptômes;

c) Ceux où une lésion, en apparence grave et irrémédiable, révélée par une opération exploratrice, a été notablement améliorée ou même a disparu entièrement, après une pure inspection ou manipulation, l'intervention chirurgicale ayant été jugée impossible.

I. Sous le titre : *Opérations dirigées contre des phénomènes nerveux*, le docteur White réunit en un tableau, comprenant son propre service, 154 observations, dont plusieurs sont données en détail.

Dans 56 cas de trépanation pour épilepsie, on ne trouva rien d'anormal. Les suites sont notées après six mois, un an, deux ans et huit ans. Vingt-cinq fois, il y eut guérison; dix-huit fois, amélioration; trois fois, récidive.

Dans 30 cas de ligature des vaisseaux sanguins comme traitement de l'épilepsie, il y a 14 guérisons et 15 améliorations; un opéré mourut au bout de sept jours. Dans ce cas mortel, l'artère carotide commune du côté droit avait été liée. Aucun accès ne se produisit après l'opération.

10 castrations pour l'épilepsie ont donné 10 guérisons; les résultats sont notés après quatre mois et plus de deux ans.

Sur 9 cas de trachéotomie pour l'épilepsie, 2 sont rapportés comme guéris, 6 comme améliorés; 1 enfin a présenté une grande amélioration, mais la mort est survenue au bout de deux mois.

Dans 24 cas d'ablation des ganglions cervicaux supérieurs du grand sympathique, 6 opérés continuaient à être bien portants au bout de trois ans, 10 étaient améliorés, 5 restaient sans amélioration; 2 cas se terminèrent par la mort peu de temps après l'opération, mais « non par un effet direct de celle-ci ».

Dans 6 cas d'incision du cuir chevelu pour l'épilepsie, rien ne fut trouvé qui pût rendre compte des symptômes. 3 malades furent considérés comme guéris au bout de trois mois ou d'un temps moins long, 1 autre au bout d'un an, 2 après deux ans.

12 cas d'épilepsie furent guéris par l'élongation du sciatique, l'excision du musculo-cutané, la cautérisation du larynx, la circoncision, l'application d'un séton à la nuque, la ténotomie des muscles droits externes, la cautérisation ignée du cuir chevelu, la ponction du cœur, etc.

13 guérisons spontanées ou « accidentelles » de l'épilepsie sont signalées comme ayant eu lieu dans un délai de deux mois à cinq ans, après un traumatisme (chute, brûlure, plaie, amputation, etc.).

Passant de la région cérébrale à celle de la moelle, le docteur White cite un cas de sa pratique personnelle qui éclaire le sujet : Un homme âgé de 55 ans fut pris, le 25 décembre 1887, de vives douleurs dans les bras et les épaules. Quelques jours plus tard, il survint dans les cuisses une faiblesse qui se propagea rapidement jusqu'aux pieds et, d'autre part, jusqu'à la ligne des mamelons. En huit jours, il y eut une paralysie absolue des parties intéressées, comprenant les deux sphincters, et en même temps une profonde anesthésie. Des douleurs en ceinture se développèrent, des ulcérations par les frottements du lit se produisirent, la percussion de la

colonne vertébrale, au niveau de la troisième et de la quatrième vertèbre, devint douloureuse. Les phénomènes réflexes s'exagérèrent, et de légers coups sur la tête, dans la direction de l'axe spinal, donnèrent lieu à d'effrayantes exacerbations des douleurs en ceinture. En dépit de tous les moyens de traitement, ces symptômes augmentèrent en intensité pendant dix mois. On tenta alors une opération exploratrice: le docteur White enleva les épines et les lames des cinq premières vertèbres dorsales, ouvrit la dure-mère légèrement épaissie, détruisit quelques adhérences solides à la pie-mère sous-jacente, explora la moelle et, n'ayant pu découvrir aucune altération pathologique sérieuse, ferma les plaies de la dure-mère et des parties molles.

La douleur en ceinture avait entièrement disparu le lendemain; la sensibilité commença à revenir dans les pieds le jour suivant; le mouvement volontaire le huitième jour; et les symptômes disparurent ainsi l'un après l'autre, jusqu'à ce que le patient fût complètement rétabli, et maintenant il gagne sa vie par un travail manuel.

II. Dans la liste des « affections de l'abdomen et du bassin », un grand nombre de cas sont cités. L'expérience de Tait, qui plus d'une fois a porté son attention sur la disparition étonnante de tumeurs volumineuses, à la suite d'une simple incision exploratrice, et le témoignage confirmatif de von Mosetig, sont longuement exposés; l'analyse de Kœnig, de 131 cas de tubercules du péritoine traités par l'incision, est discutée avec soin.

En réponse à ses lettres d'enquête sur le sujet, le docteur White a reçu plusieurs réponses d'opérateurs éminents, dont la grande majorité contiennent des cas inédits. Parmi les signataires de ces lettres, on lit les noms de Goodell, Hirst, Battey, Roswell Park, Lusk, Cheever, Charles T. Parkes, Cabot, Hunter Meguire, Nancrede, Weir, Stimson, etc.

III. Sous la rubrique « opérations diverses », l'auteur cite, en premier lieu, des cas d'ostéo-malacie guéris après des semaines ou des mois de séjour au lit, par l'oophorectomie ou la section césarienne.

La question de la « ténotomie graduée » pour l'amendement de symptômes nerveux très pénibles est discutée avec soin. L'auteur reconnaît la valeur de la ténotomie dans le rétablissement de l'équilibre des muscles oculaires, mais il n'est pas convaincu de l'influence de l'opération *per se* dans certaines guérisons de chorée chronique, petit mal, etc.; et cependant la ténotomie a été, dans nombre de cas, suivie de la cessation des troubles nerveux réflexes, bien qu'elle n'eût pas rétabli un équilibre parfait.

En cherchant une explication rationnelle des phénomènes observés, l'auteur examine successivement les conditions qui leur sont communes :

1° Anesthésie;

2° Influence psychique;

3° Diminution de la tension;

4° Action réflexe ou « réaction du traumatisme ».

Dans l'idée qu'une maladie des centres nerveux pourrait être affectée par des agents aussi rapides et aussi diffusibles que l'éther et le chloroforme, l'auteur institua une série d'observations sur des épileptiques à diverses périodes. Tout autre traitement fut mis de côté; l'éther fut donné jusqu'à la production d'une anesthésie complète, à des intervalles de quarante-huit à soixante-douze heures. Les résultats furent entièrement négatifs, ou,

par suite de la suppression de leurs bromures, les malades devinrent plus gravement affectés.

Puisque, dans la grande majorité des cas servant de base au travail du docteur White, il y avait des lésions organiques non douteuses, il faut bien admettre que l'influence psychique de l'opération peut modifier les processus organiques de la sécrétion, de la nutrition, etc., et devenir réparatrice ou curative. L'auteur suppose que l'équilibre normal entre les appareils cérébro-spinal et sympathique, au point de vue de leur influence sur les vaisseaux sanguins, est plus ou moins altéré quand le cerveau transmet une impulsion plus énergique que l'impulsion habituelle, etc.

Dans beaucoup de cas, la diminution de la tension paraît être un facteur important. Une tension anormale dans la cavité cranienne est diminuée par la trépanation. L'accès du sang est profondément modifié, et, par suite, les phénomènes nutritifs locaux et généraux. Néanmoins, quel que soit l'organe ou la cavité sur laquelle porte l'opération, il y a nombre de cas où ce mécanisme ne peut être invoqué, et où cependant la guérison est survenue.

Par le mot action réflexe, l'auteur entend à la fois la « réaction du traumatisme », la révulsion, la contre-irritation.

Il y a longtemps que Verneuil a démontré qu'un très léger traumatisme peut exciter dans l'économie une perturbation générale, et quelquefois, par une sélection du point faible, une aggravation soudaine de lésions légères ou endormies. La même excitation, habituellement nuisible, peut être curative. Dans le cas de chirurgie spinale raconté plus haut, le docteur White croit que « le choc local de l'opération a été suivi d'une réaction correspondante par laquelle la vitalité des tissus a été élevée assez haut pour déterminer le retour à l'état normal ».

L'auteur attire l'attention sur les tumeurs abdominales et sur la possibilité de leur disparition spontanée, coïncidant avec l'opération; plusieurs faits sont cités.

La guérison de la tuberculose du péritoine, comme effet de l'incision exploratrice, est expliquée par ce mécanisme que la sortie du liquide de l'ascite permet aux surfaces péritonéales de se rapprocher et de contracter des adhérences. Les tubercules, enfermés entre les plis intestinaux, l'épiploon et la paroi abdominale, sont ainsi entourés par des tissus doués d'un haut degré d'activité, formant autour d'eux une zone limitante de cellules jeunes et ensuite de tissus fibreux, qui peuvent, si le processus tuberculeux n'est pas trop avancé, lui résister efficacement et le faire rétrograder.

Comme résumé de son étude, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° Un grand nombre de cas pathologiques, de gravité et de caractère variables, semblent heureusement influencés par le seul fait de l'acte opératoire, quelques-unes même par une intervention presque nulle.

2° Ces cas comprennent surtout l'épilepsie, certaines tumeurs abdominales, les épanchements et les tubercules du péritoine, bien que pour ces derniers l'amendement puisse trouver son explication dans les données générales de la science.

3° Parmi les facteurs possibles de ces amendements singuliers, l'anesthésie paraît le moins propre à agir effectivement. L'influence psychique, la diminution de la tension, l'action réflexe peuvent être invoquées à des degrés divers.

4° La doctrine de la « simple coïncidence » n'explique pas les faits d'une manière satisfaisante.

Association médicale britannique.

59e SESSION.

L'Association médicale britannique s'est forcément occupée d'un certain nombre des sujets à l'ordre du jour qui ont aussi été traités dans le Congrès d'hygiène et dans celui de la tuberculose.

C'est ainsi que M. LAUDER BRUNTON a étudié la théorie de l'*immunité*. Pour lui, les albumines auxquelles donnent naissance les microbes sont analogues aux substances qui résultent de la digestion des albuminoïdes chez les animaux supérieurs; les microbes doivent donc agir sur les matières protéiques, amylacées et sucrées à l'aide d'enzymes qu'ils sécrètent et que l'on doit pouvoir isoler. On y est parvenu dans certains cas. Peut-être pourrait-on modifier les tissus suffisamment pour obtenir un effet thérapeutique en injectant dans le sang d'un animal un peu de son propre sérum retiré précédemment et modifié. Il est possible que les vésicatoires agissent en faisant passer à travers les parois des vaisseaux des substances protéiques qui se modifient et sont ensuite absorbées de nouveau. La saignée pourrait de même provoquer la réabsorption de protéides existant dans les tissus.

M. WYNNWISCOTT a fait une enquête intéressante sur les causes de la *mort subite*. Dans le plus grand nombre des cas, la mort est causée par l'alcoolisme; elle survient, d'une façon générale, par syncope, par asphyxie ou dans le coma. Dans la syncope rentrent les morts par anévrysme aortique, rupture du cœur, lésions valvulaires, dilatation cardiaque, dégénérescence graisseuse du cœur, hémoptysies, hématémèses, perforations de l'estomac et des intestins, etc. La mort subite par syncope résulte souvent d'une cause occasionnelle : émotion vive, effort violent, défécation, coït. Dans 24 p. 100 des cas, la mort résultait certainement d'excès alcooliques.

M. WILDE a relevé, dans 112 autopsies, les dimensions et les *altérations des artères coronaires*. Une lésion de ces artères existait dans 54 p. 100 des autopsies; elle est d'autant plus fréquente que l'âge est plus avancé. Le cancer et la phthisie pulmonaire s'accompagnent d'athérome de ces vaisseaux. Dans un cas de mort subite d'un enfant de 12 ans, M. Wilde ne trouva, comme lésion, que de l'athérome de l'aorte et des coronaires. Pendant la vie des malades où il y avait gêne de la circulation dans les artères du cœur, on n'avait jamais noté l'angine de poitrine. Dans l'hypertrophie du cœur, le calibre des artères n'augmente pas en proportion du volume du muscle. Dans ses autopsies, au nombre de 112, M. Wilde n'a pas trouvé de rapports entre la dégénérescence graisseuse du cœur et l'altération des artères.

M. MACKENSIE, d'après ses recherches poursuivies à St.-Thomas-Hospital, admet des rapports étroits entre la tuberculose et l'alcoolisme. Très souvent, on rencontre la cirrhose du foie chez les tuberculeux (1). Le pronostic de la tuberculose est très mauvais chez les alcooliques.

M. LLYOD JONES a étudié le *poids spécifique du sang à l'état sain et dans diverses maladies*. Il y a de très grandes variétés individuelles, si grandes que le poids spécifique diffère parfois plus entre deux individus sains qu'entre un homme sain et un homme malade. De plus, le poids spécifique n'est pas le même dans les diverses parties du corps; il est plus élevé à la naissance que vers 3 ans, et s'accroît au moment de l'adolescence. A ce moment, il atteint 1,058. De 15 à 22 ans, il descend beaucoup, surtout chez les jeunes filles. Les bruns ont généralement le sang plus lourd que les blonds. Dans la chlorose, la densité peut s'abaisser à 1,035 et même 1,030. Les lésions valvulaires compensées, la néphrite interstitielle chronique avec tendance aux hémorrhagies, le diabète, l'ataxie locomotrice augmentent le poids spécifique. Il s'abaisse dans les lésions valvulaires non compensées,

(1) Nous ferons remarquer qu'il y a longtemps qu'en France, M. Lancereaux a attiré l'attention sur la fréquence de la tuberculose chez les cirrhotiques.

la néphrite interstitielle chronique avec tendance à l'œdème, la fièvre typhoïde, la goutte, la cirrhose du foie, la phthisie, le cancer, etc.

La densité du sang est abaissée du côté paralysé, dans l'hémiplégie récente d'origine cérébrale, qu'il s'agisse d'une hémorrhagie ou d'une embolie.

Etiologie de l'hémoglobinurie. — M. Haig pense que l'acide urique a une grande importance dans l'étiologie de l'hémoglobinurie. Dans un cas, observé chez une petite fille de 6 ans, il a trouvé que la proportion de l'acide urique à l'urée était de 1 à 30 pendant l'attaque. Quand cette dernière se prolongeait, l'acide urique augmentait encore dans le sang et dans l'urine. L'acide en excès dans le sang amènerait une contraction des artères et une augmentation de la tension vasculaire; le spasme artériel peut entraîner l'asphyxie locale, comme chez le malade de M. Haig. Le salicylate a donné une amélioration remarquable.

Le chloroforme et l'éther. — M. Launder Brunton considère que le chloroforme est un poison du protoplasma. Il rapporte les résultats obtenus par la commission d'Hyderabad dans ses travaux poursuivis sur les anesthésiques (il faut remarquer, à ce propos, que ces expériences, qui nécessitaient l'administration du médicament à des animaux, ont dû être faites hors de l'Angleterre). Il faut donner l'anesthésique en même temps que l'on permet largement l'accès de l'air; l'éther n'agit que si le sujet est asphyxié. On peut abaisser la pression sanguine en soulevant la tête d'un animal chloroformé, en donnant un coup sur l'abdomen, en arrachant une dent; une perte de sang assez considérable produit le même effet. Lorsque l'on produit une dégénérescence graisseuse artificielle du cœur et des reins par le phosphore ou la cantharidine, l'anesthésique est bien plus mal supporté. Dans l'anesthésie chloroformique, la respiration s'arrête avant la circulation.

De ses expériences, M. Shore conclut que le chloroforme stimule le centre vaso-moteur de la moelle allongée et paralyse le centre respiratoire. L'anesthésie peut être obtenue sans abaissement de la pression sanguine, si l'on a soin de donner beaucoup d'air avec l'anesthésique. L'abaissement de la pression peut se produire par action directe sur le cœur. La respiration, d'une façon générale, s'arrête avant le cœur.

M. Dudley Buxton considère que l'administration de l'anesthésique est dangereuse chez les aliénés et chez tous les individus dont le système nerveux n'est pas normal. La dégénérescence du cœur est beaucoup plus dangereuse qu'une lésion valvulaire; le chloroforme, en effet, produit une dilatation cardiaque qui peut être excessive dans le cas de dégénérescence. Le chloroforme est peu dangereux dans l'enfance et dans la vieillesse; il l'est autant chez la femme que chez l'homme, et si les femmes en couches paraissent peu atteintes, c'est qu'on leur donne peu d'anesthésique et qu'on le mélange avec beaucoup d'air.

En clinique, les malades meurent par arrêt de la circulation. L'éther est moins dangereux que le chloroforme; on peut, sans asphyxie partielle, obtenir avec lui l'anesthésie en deux ou trois minutes. Il faut attentivement surveiller la position du malade, la respiration et le cœur; s'il succombe pendant l'anesthésie, c'est que cette dernière a été mal faite.

M. Teale ne fait plus usage que de l'éther depuis de longues années. On doit commencer par donner de petites doses de l'anesthésique, augmenter rapidement sa quantité la diminuer dès que le malade est anesthésié; 15 grammes d'éther suffisent par quart et d'heure, et les cas où il y a des symptômes graves sont très rares. On peut, chez les enfants, faire précéder l'administration de l'éther de celle d'un peu de chloroforme.

Pour M. Tastes, l'éther est bien préférable au chloroforme, et il ne faut employer ce dernier que si le malade est atteint de bronchite ou si l'on fait une opération sur l'appareil respiratoire ou le cerveau.

Traitement de la phthisie pulmonaire par les injections sous-cutanées de gaïacol et d'iodoforme. — M. Robertson a essayé le traitement de M. Picot contre la tuberculose. La dose pour chaque injection était de 0,01 d'iodoforme et de 0,05 de gaïacol dans 1 centimètre cube d'huile d'olive. Il a obtenu d'assez bons résultats dans la phthisie pulmo-

naire; la toux et l'expectoration diminuent et il en est souvent de même de la fièvre. Les injections ne présentent pas de dangers, mais n'empêchent pas le développement des méningites, pleurésies, etc.

Nature et traitement de l'éclampsie des femmes en couches. — Pour M. Galabin, l'éclampsie ne survient guère que lorsqu'il y a non seulement une albuminurie assez intense, mais encore une diminution de la quantité de l'urine et de l'urée. La plus grande fréquence, chez les primipares, tient à l'élévation très grande de la pression intra-abdominale et à leur excitation cérébrale. L'éclampsie non soignée tue dans 25 p. 100 des cas environ. Actuellement, à Guy's Hospital, on la traite par le chloroforme et la mortalité est de 20,5 p. 100.

M. Auvard considère que, dans l'éclampsie, les organes éliminateurs, tels que les reins et le foie, ne remplissent plus leur office; aussi, l'albuminurie et la jaunisse sont-elles très fréquentes. Il faut favoriser, autant que possible, l'élimination à l'aide des diurétiques, du jalap, des injections de pilocarpine, etc. Au début, on donnera le chloroforme et le chloral; la saignée est parfois utile chez les sujets pléthoriques.

M. Mamby rappelle qu'il y a des cas dans lesquels, au moment où l'éclampsie éclate, il n'y a pas d'albumine dans l'urine, cette dernière ne se montrant qu'après. Probablement, par suite de l'augmentation de l'intensité des réflexes, il y a une contraction des artères du rein entraînant la diminution de la quantité de l'urine, l'altération de l'épithélium des tubuli, et enfin l'albuminurie. Lorsque l'on observe cette dernière à la suite d'attaques épileptiformes et tétaniques, elle pourrait avoir la même origine.

M. Auvard a aussi fait une communication sur le traitement de la *métrite cervicale.* Cette métrite succède généralement à une légère lésion de la muqueuse résultant de l'accouchement ou du coït. Des microbes pénètrent et causent l'inflammation de la muqueuse cervicale d'abord, puis ensuite de celle du corps; parfois même le tissu musculaire est atteint. Les symptômes les plus habituels sont un écoulement muco-purulent et un ectropion de la muqueuse. Plus tard, on observe l'hypertrophie de cette dernière. Au début, on emploiera localement la créosote, le perchlorure de fer, la teinture d'iode, etc. Dans les cas plus accentués, on fera des cautérisations fréquentes du museau de tanche en y injectant quelques gouttes d'un mélange de créosote, d'alcool et de glycérine. Cette opération est suivie de scarifications profondes et on panse au salol. Le traitement est assez long. Dans certains cas, l'amputation du col est nécessaire.

Tout récemment, la chirurgie cérébrale a fait d'assez grands progrès. M. Victor Horsley, après avoir rappelé l'opération de Lannelongue, qui a traité la microcéphalie par l'excision des os frontal et pariétal, a rapporté un cas analogue dans lequel l'amélioration fut remarquable. Dans un second fait, le malade, opéré à l'âge de 7 ans, eut une élévation de température qui atteignit 42° ; il succomba dans le collapsus.

Il est probable qu'il y a eu lésion des centres thermiques de l'écorce cérébrale, et, du reste, M. Horsley a vu la lésion traumatique d'un hémisphère entraîner l'élévation de la température de la moitié opposée du corps. Il faut surtout, dans l'opération de Lannelongue, redouter la lésion de la circonvolution frontale ascendante. Aussi, on peut commencer à enlever de l'os au niveau des régions postérieures. Les opérés peuvent encore mourir d'une syncope.

M. Claye Shaw a vu la *paralysie générale* s'améliorer à la suite de la trépanation. Il se produit une amélioration physique et intellectuelle qui, malheureusement, disparaît quand la cicatrice fibreuse se forme.

De l'hypnotisme. — M. Voisin a cherché à savoir si un crime peut être connu sous l'influence de la suggestion hypnotique. Contrairement à l'école de la Salpêtrière, l'école de Nancy admet qu'il peut ainsi se commettre des crimes. M. Voisin a suggéré à une femme en état de sommeil hypnotique l'idée d'aller mettre le feu à une caisse de bois, et elle a obéi longtemps après son réveil. Dans un cas récent, à Paris, une femme a été emprisonnée pour vol et on a dû la relâcher, car des expériences ont montré qu'elle avait obéi à une suggestion.

M. Benidikt ne croit pas aux faits du genre de ceux que vient de rapporter M. Voisin, il regarde cependant l'hypnotisme comme dangereux au point de vue intellectuel et moral.

REVUE DES JOURNAUX

Sur le traitement de la méningite, par J. Barr (*Revue de thérapeutique*, 1891). — J. Barr a eu l'occasion de traiter 13 malades affectés d'une méningite simple de la base ou de la convexité. Il relate les observations de ces 13 malades dont un seul a succombé et dont 7 ont été traités à l'hôpital. Voici en quoi consiste le traitement :

Tout d'abord, les malades étaient placés dans des chambres où ils se trouvaient à l'abri de tout ce qui pouvait exciter le système nerveux, chambres bien ventilées, maintenues à une température moyenne. Quand il existait de l'hyperesthésie cutanée, le malade était couché sur un matelas d'eau. Sur la tête rasée, application continue d'une vessie de glace, vésicatoire sur la nuque, calomel à l'intérieur à doses purgatives. En fait d'aliments, du lait, des farines, du beurre.

Contre les vomissements, on avait recours aux applications de sinapismes sur le creux épigastrique; contre le hoquet, injection sous-cutanée de morphine; contre l'excitation cérébrale et l'insomnie, opium à l'intérieur de préférence sous la forme de poudre de Dower associée à l'acide salicilyque (0 gr. 5 à 0 gr. 6 de chaque toutes les quatre heures pour un adulte); contre les convulsions, inhalations de chloroforme. Quant au reste, l'auteur repousse l'emploi des autres soporifiques et des autres médicaments dépresseurs du système nerveux. Il n'a eu recours à l'iodure de potassium que dans les cas où il y avait lieu de suspecter la nature syphilitique de la maladie. Les émissions sanguines ont été réservées aux seuls cas où il y avait exagération de l'activité cardiaque et augmentation de la pression intra-vasculaire au début de la maladie. — P. N.

Mort à la suite d'une injection vaginale de nitrate d'argent (*Revue de thérapeutique*, 1891). — Une nullipare, âgée de 25 ans, avait été soignée par M. Phillips pour une dysménorrhée compliquée de stérilité. Elle s'était séparée de son mari lorsque, trois ans plus tard, se voyant enceinte, elle s'injecta dans le vagin une demi-cuillerée à bouche de nitrate d'argent avec l'intention de se faire avorter. Peu de temps après l'injection, elle fut prise de vomissements et d'une violente douleur dans le ventre. Ses traits s'étaient décomposés. Température 39°, pouls 112 filiforme, mais régulier. Urines rares rendues involontairement. La muqueuse du vagin était à vif. Une injection vaginale ramena des flocons sanguinolents. L'utérus était augmenté de volume, le col ramolli, entr'ouvert.

On prescrivit à la malade de la morphine et de la cocaïne pour calmer ses souffrances, puis du carbonate d'ammoniaque. Mais elle alla en s'affaiblissant et bientôt elle succomba. A l'autopsie on trouva dans la vessie une urine mélangée de sang. Celui-ci provenait manifestement des reins. Les plis du vagin étaient recouverts de détritus durs. L'utérus contenait un embryon de dix semaines. Les membranes étaient intactes, la caduque légèrement détachée. Sur toute l'étendue du gros intestin et sur la portion inférieure de l'intestin grêle, la muqueuse était ramollie, noirâtre. La muqueuse de l'estomac était dans son état normal. Il y avait de plus un commencement de péritonite. Celle-ci, d'après de Phillips, reconnaissait pour cause la résorption des détritus formés à la surface de la muqueuse vaginale. — P. N.

Le procédé de Kelly pour combattre les hémorrhagies (*Revue de thérapeutique*, 1891). — Nable a eu recours, à plusieurs reprises et avec succès, au procédé de Kelly (ligature des artères utérine et ovarienne) pour combattre des hémorrhagies graves qui avaient leur origine dans la profondeur du bassin. Aussi plaide-t-il en faveur de l'adoption de ce procédé. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 septembre 1891. — Présidence de M. TARNIER.

La correspondance comprend :

1° Un mémoire de M. de Renzi sur le diabète ;

2° Une note de M. Fiessinger sur une épidémie de diarrhée estivale ;

3° Un travail de M. Bidon sur l'amnésie post-éclamptique.

La pathologie des juifs. — M. WORMS apporte des documents précis sur la question de l'épilepsie chez les juifs. De 1865 à 1890, sur 26,591 malades traités à l'hôpital de Rothschild, il n'y a eu que 77 cas d'épilepsie vraie.

Les statistiques de l'hôpital israélite de Vanves et celles de la Salpêtrières montrent aussi que l'épilepsie est peu fréquente chez les israélites. Enfin, les constatations des médecins qui soignent beaucoup de familles juives conduisent aux mêmes résultats. Par contre, les neurasthénies, l'hystérie, la goutte, le diabète, le tabes sont plus fréquents chez les juifs.

Une seconde légende, plus grave, s'est hasardée dans cette enceinte, celle d'une prétendue propension des juifs à une existence facile, à la poursuite exclusive de la richesse et du bien-être.

Les faits et les chiffres la démentent de la façon la plus complète et démontrent l'injustice et l'inanité de cette allégation.

Sans parler du mouvement scientifique pur ou appliqué, du développement artistique et littéraire auquel les israélites participent largement en France, il faut noter l'élan tout particulier qui les porte vers la carrière militaire, où l'on trouve l'honneur et la dignité, mais non la richesse ou le bien-être, ni même la certitude de vivre longtemps.

Il peut paraître hors de propos, dans un pays politiquement uni comme la France et où les droits sont égaux pour tous les citoyens, de parler des Juifs plutôt que des Picards, des Bretons, des Provençaux et des Basques. Mais, puisque on se trouve en face d'un tel problème de démographie psychique, un simple chiffre suffira pour le résoudre.

L'armée active comprend, d'après l'*Annuaire militaire* de 1891, environ 25,000 officiers combattants et assimilés. Sur ce nombre, on trouve les noms de 222 officiers israélites de la première catégorie, ceux de 43 de la seconde, soit un total de 263, ensemble 1/94e. Le dernier recensement de la population juive en France (mai 1891) indique qu'elle est de 67,850 âmes, soit 1/560e de l'ensemble de la population recensée à 39 millions environ.

Cette proportion n'est assurément pas en défaveur de ceux qu'on prétend enclins, suivant la légende précitée, de n'aspirer ici bas qu'aux biens les plus tangibles.

M. LAGNEAU maintient son opinion que les affections nerveuses et mentales sont plus fréquentes chez les juifs.

Plusieurs médecins, en Danemark, en Prusse, en Hanovre, en Sibérie, en Bavière, en Wurtemberg, en Amérique, ont montré que la proportion de ces maladies est plus élevée d'un quart, de moitié chez les juifs. D'ailleurs, cette proportion élevée paraît tenir moins à leur race qu'à leur vie urbaine, à leurs préoccupations commerciales et à leurs occupations cérébralement laborieuses. Ils subissent les conséquences d'une tension intellectuelle qui souvent, dans les spéculations, les mène à la fortune et dans les sciences et dans les arts, les mène en grand nombre aux écoles supérieures, aux corps savants de l'armée, aux chaires du professorat, aux Académies, à l'Institut.

D'autre part, M. Zambaco rapporte qu'à Constantinople la lèpre ne s'observe que chez quelques descendants de juifs venus d'Espagne.

Or, les juifs d'Espagne descendent des véritables juifs de la Judée.

M. JAVAL reconnaît que la croyance à une vie future est aussi répandue parmi les juifs que parmi les Chrétiens. Par tradition, les juifs tiennent à observer l'hygiène, dési-

rent faire souche de nombreux descendants et apportent un soin particulier à l'éducation physique, intellectuelle et morale de leurs enfants.

M. G. Sée s'appuie sur ce qu'a dit M. Worms pour soutenir que l'épilepsie n'est pas plus fréquente chez les juifs.

Voici ce que dit M. Bordier à propos de la « supériorité lunatique » des sémites : « Dans la race blanche, les israélites ont longtemps passé pour avoir une réelle immunité « vis-à-vis de la peste et de la foudre. Si en réalité la statistique indiquait que la peste « et la foudre les atteignent moins fréquemment, cela prouverait une immunité due « moins à la nature spéciale de leur organisme qu'à leur genre de vie sédentaire et à « leurs professions habituelles qui les mettent à l'abri de la contagion et des accidents « de fulguration. » (Voilà les juifs immobilisés et isolés.) « Ainsi le tænia est rare parmi « eux, mais cela tient uniquement à leur habitude de ne pas faire usage de la viande de « porc. » (Et le bœuf cru ou saignant se trouve inconnu dans l'étude des mœurs et des maladies des juifs!) Continuons : « Le croup et le goître sont rares chez eux. » (Quel rapprochement inouï.)

« Le diabète est, au contraire, fréquent chez eux. »

« Ils semblent avoir une aptitude réelle à la musique et à l'aliénation mentale. » Voilà un heureux rapprochement anthropologique : musique et folie.

On n'est pas plus amusant, c'est là la doctrine invoquée par Lagneau. Il peut la cultiver religieusement, je ne retiens que les immunités de l'israélite en présence de la foudre, de la peste, du goître, du croup et les dangers diabétiques et psychologiques.

Frérichs admet que 25 p. 100 des diabétiques sont des juifs; mais il est le médecin de toute la Judée allemande. Seeque arrive au même chiffre, mais il reconnaît que c'est parce que les diabétiques sémites se soignent mieux.

M. Bouchard croit qu'il y a chez les juifs trois causes de déchéance : sédentarité, bonne alimentation, mariages à des degrés de parenté rapprochés. Mais tous les Sémites ne sont pas gens de comptoir, tous ne sont pas adonnés au plaisir de la table, et l'absence de croisement améliore leur pathologie. M. Bouchard n'a pas comparé des juifs et des chrétiens placés dans les mêmes conditions. En réalité, les deux races sont exposées au diabète gras, bulbaire, qui ne tient pas à l'abus de la nourritnre et n'a que rarement une origine psychique.

Il ressort de la discussion que la pathologie dite spéciale de la race juive disparaît totalement; cette race n'est ni épileptique, ni aliénée, ni diabétique, elle reste une race douée d'une forte dose de psychologie et d'une résistance morale et physique qui ne les rend pas seulement apte à la musique et à l'aliénation mentale, comme on le dit plaisamment à la Société d'anthropologie, mais qui lui a permis de se façonner à toutes les civilisations, de se prêter à tous les progrès intellectuels.

Néphrite puerpérale. — M. Charpentier rapporte l'observation d'une femme qui, en 1888, avait eu des accidents infectieux après un premier accouchement. Huit jours après un second accouchement, survenu en juin de cette année, il se produisit un grand frisson, sans que les lochies fussent fétides. Les injections intra-utérines, le curettage n'empêchèrent pas les frissons de se produire, quoiqu'il n'y eut pas de phénomènes morbides du côté des organes génitaux. De l'albuminurie se montra six semaines après l'accouchement, en même temps que l'état général devenait grave et qu'il y avait des vomissements, de la dyspnée. Actuellement, la situation est bien meilleure, mais l'albuminurie persiste. M. Charpentier pense qu'il s'agit d'une néphrite puerpérale.

M. Tarnier croit plutôt qu'il y a eu une infection puerpérale dont la néphrite dépendait.

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES DU 1er AU 10 JUILLET 1891.

N. B. — Les thèses précédées d'un astérisque (*) ont été soutenues par un ancien interne des hôpitaux de Paris.

Mercredi 1er juillet. — N° 250. M. Jæger : Les dispensaires d'enfants malades. (Président, M. Pinard.) — N° 251. M. Bourgogne (Henri) : Conduite à tenir pendant la délivrance dans l'avortement. (Président, M. Pinard.) — * N° 252. M. Tuilant (André) : De la névrite puerpérale. (Président, M. Fournier.) — N° 253. M. Martigny (F.) : Etude sur un cas de molluscum du col utérin. (Président, M. Fournier.)

Jeudi 2. — N° 254. M. Prioux (Charles) : Contribution à l'étude du pouvoir antiseptique des dérivés de l'aniline et de leur valeur thérapeutique. (Président, M. Brouardel.) — N° 255. M. Toulouse (Edouard) : Etude clinique sur la mélancolie sénile chez la femme. (Président, M. Bouchard.) — N° 256. M. Tsintsiropoulos (Constantin) : La médecine grecque depuis Asclépiade jusqu'à Galien. (Président, M. Laboulbène.) — N° 257. M. Coquereau (Joseph) : Contribution à l'étude de la désinfection des chiffons. (Président, M. Proust.) — N° 258. M. Decoux (Jean) : De la paralysie faciale hystérique. (Président, M. Proust.) — * N° 259. M. Audain (Léon) : De l'hémostase préventive dans les opérations chirurgicales. (Président, M. Panas.) — N° 260. M. Dominguez (François) : Contribution à l'étude des kystes de l'épididyme. (Président, M. Duplay.) — N° 261. M. Gresset (J.-B.) : Etude sur la station et les eaux minérales de Miers (Lot). (Président, M. Peter.) — N° 262. M. Charon (René) : Contribution à l'étude des anomalies de la voûte palatine dans leurs rapports avec la dégénérescence. (Président, M. Ball.) — N° 263. M. Didier (Eugène) : Contribution à l'étude de la rubéole. (Président, M. Dieulafoy.) — N° 264. M. Ollivier (Yves) : Contribution à l'étude des maladies mentales des vieillards et en particulier de la démence sénile. (Président, M. Ball.)

Samedi 4. — N° 265. M. Le Ray (A.) : Contribution à l'étude de l'hématothérapie. (Président, M. Ch. Richet.)

Mercredi 8. — N° 266. M. Bon (J.-B.) : Curettage du sac lacrymal. (Président, M. Tillaux.) — N° 267. M. Brauman (Jules) : De l'érythème circiné tertiaire de la syphilis. Etude clinique. (Président, M. Fournier.) — N° 268. M. Bertrand (Léon) : Une épidémie de fièvre typhoïde à Touves (Puy-de-Dôme) en 1890. (Président, M. Brouardel.)

Jeudi 9. — N° 269. M. Cassariny (Eugène) : Contribution à l'étude de quelques aconitines. (Président, M. Brouardel.) — N° 270. M. Baquié (Augustin) : Contribution à l'étude clinique des effets hypnotiques de l'hyoscyamine chez les aliénés. (Président, M. Ball.) — N° 271. M. Nicolle (E.-D.-A.) : La nourricerie de l'hospice des Enfants-Assistés, enfants syphilitiques et suspects. (Président, M. Guyon.) — N° 272. M. Springer (Frédéric) : Suture osseuse dans le traitement des fractures de l'olécrane. (Président, M. Le Dentu.) — N° 273. M. Moreau (Alexis) : Contribution à l'étude du traitement de l'éclampsie. (Président, M. Peter.) — N° 274. M. Laborde (A.) : Des hémorrhagies par déchirure du col après l'accouchement. (Président, M. Tarnier.) — N° 275. M. Petit (Clément) : De la réinfection syphilitique. (Président, M. Bouchard.) — N° 276. M. Ramadan (Sadik) : Du pyopneumothorax sous-phrénique. (Président, M. Debove.)

De quelques nouvelles médications.

DE L'USAGE THÉRAPEUTIQUE DE L'EAU IODÉE ET DE L'ARISTOL. (*Nouveaux remèdes*, 1891.)

T. Popoff s'est servi de l'eau iodée (1 : 10,000) et de l'aristol (en poudre ou mélangé à 20 p. d'acide borique) pour le traitement des plaies et d'autres affections chirurgicales (phlegmon, tuberculose locale, etc.). Les résultats furent très satisfaisants. L'eau iodée et l'aristol se sont montrés d'excellents antiseptiques; ils ne le cèdent en rien à l'iodoforme et lui sont même supérieurs en ce que l'odeur qu'ils répandent n'est pas si pénétrante et si désagréable que celle de l'iodoforme.

L'iode tue les microcoques de la suppuration dans la solution diluée employée par l'auteur et, en outre, exerce aussi une action hémostatique et astringente. De plus, il influence favorablement les muqueuses (rhume de cerveau chronique).

L'auteur n'a jamais observé de phénomènes secondaires fâcheux à la suite de l'emploi de ces substances. Aussi, recommande-t-il de les essayer au lieu et à la place de l'iodoforme. — P. N.

Contribution a l'action hémostatique de l'ergotol. (*Nouveaux remèdes*, 1891.)

William C. Kloman attire l'attention sur la supériorité de l'ergotol à l'ergot de seigle et à son extrait. L'ergotol n'est pas nauséabond et irritant comme l'ergot; en injection sous-cutanée, à la dose de 13 gouttes chez les adultes, il coupe rapidement l'hémoptysie; cette injection n'est pas douloureuse. Les malades le prennent sans dégoût aucun; pas de vomissements. — P. N.

FORMULAIRE

Poudre contre l'érythème.

Acide borique	1 à 2 grammes.
Oxyde de zinc pulv.	} āā 30 —
Amidon pulv.	
Talc de Venise pulv.	

Mêlez. — Pour saupoudrer la peau dans le cas d'érythème. — N. G.

COURRIER

Statistique de l'Institut Pasteur. — Pendant le mois de juillet 1891, 159 personnes ont été traitées à l'Institut Pasteur.

Sur ce nombre :

26 ont été mordues par des animaux dont la rage a été reconnue expérimentalement.

97 ont été mordues par des animaux reconnus enragés à l'examen vétérinaire.

36 ont été mordues par des animaux suspects de la rage.

Les animaux mordeurs ont été : chiens, 146 fois; chats, 12 fois; cheval, 1 fois.

Association française pour l'avancement des sciences. — La prochaine session de l'Association française s'ouvre à Marseille jeudi 17 septembre 1891, sous la présidence de M. le professeur P.-P. Dehérain.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Garin (de Vitré) et L. Savatier, ancien médecin de la marine.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Le gros ventre chez l'enfant.

Par le docteur L. Baumel (de Montpellier).

Leçon recueillie par M. J. Giral, aide de clinique.

Messieurs,

J'ai pensé qu'il serait intéressant de vous parler aujourd'hui de cet enfant de 4 ans, entré hier dans un état déplorable et couché à la salle Saint-Vincent.

Il présente, vous l'avez vu, le tableau le plus complet de la misère physiologique.

Très amaigri, ses membres sont grêles, ses fausses côtes déjetées en dehors, son ventre est énorme.

Sur le pli inguinal gauche se trouve une plaie, produite par le bouton d'un bandage qu'on lui avait appliqué pour maintenir réduite une hernie inguinale double.

La moitié droite du cuir chevelu est le siège d'une horrible plaie occasionnée par une brûlure.

Ce malade est enfin profondément anémié et il est, en outre, porteur d'une cyphose lombaire des plus accusées.

Tout cela dénote, à première vue, un grand vice de nutrition et surtout d'assimilation.

A quoi peut tenir cet état physiologique?

Pour moi, Messieurs, je le rapporte tout entier au *gros ventre*.

Que faut-il entendre par ces mots?

Dans vos ouvrages classiques, cherchez le chapitre relatif à cette maladie. Vous ne le trouverez nulle part.

Vous verrez cependant un chapitre intitulé *Carreau*, dans lequel se trouve englobée la description de cette maladie, dont le carreau n'est, à mon avis, que la seconde période.

Ce matin, vous avez pu voir quand je percutais avec attention l'abdomen de cet enfant, j'ai trouvé de la sonorité abdominale exagérée, de la dilatation gastrique, de l'hypertrophie de la rate et du foie.

Tout cela dénote un état pathologique dont l'étiologie est, d'après moi, facile à déterminer.

Toutes les fois que je suis en présence d'un gros ventre chez l'enfant, je songe tout de suite à l'alimentation, vicieuse par la qualité et par la quantité

des aliments ingérés, vicieuse parfois à cause de l'état dans lequel les aliments arrivent dans l'estomac par le fait d'une mastication incomplète.

Les gens très occupés, qui consacrent très peu de temps à leurs repas, souffrent habituellement de gastralgie ou de dyspepsie, parce que, leur mastication étant défectueuse, l'estomac est obligé de suppléer en quelque sorte à celle-ci.

Il en résulte pour cet organe d'abord de la fatigue, puis la muqueuse s'enflamme et l'on est en présence d'une gastrite.

Les enfants sont surtout sujets à cette maladie.

Les parents, craignant que ceux-ci ne se nourrissent pas suffisamment, les poussent, en général, à manger plus qu'il ne faut et par ce moyen les rendent facilement malades.

Les premiers résultats d'une alimentation vicieuse par excès sont : l'indigestion, la dilatation gastrique et leurs suites, la gastrite et la gastro-entérite.

Je ne reviendrai pas ici sur la gastro-entérite, à laquelle j'ai dernièrement consacré une leçon.

Je vous répéterai toutefois que le nourrisson aussi bien que l'adulte, et peut-être mieux que lui, est exposé à cette maladie.

Les nourrices, en général, donnent le sein aux enfants toutes les fois qu'ils pleurent.

Elles pensent que c'est la faim qui les fait pleurer, vu qu'ils se calment aussitôt qu'ils sont au sein.

Il leur serait difficile, en effet, de faire les deux choses à la fois.

Avec un peu d'attention, on remarquera toutefois que, dès qu'il ont tété, ils se mettent à pleurer plus fort que jamais, parce qu'alors ils ont des coliques plus violentes encore.

Il faut donc être très sévère dans la réglementation des tétées.

Lorsque l'enfant vient de naître, c'est, il est vrai, assez difficile.

Mais, dès qu'il a atteint l'âge de deux mois environ, exigez de la nourrice qu'elle ne donne le sein que toutes les deux heures ; après trois mois, toutes les trois heures seulement, et lorsque l'enfant commence à manger, il faut un intervalle de quatre heures entre le potage et la première tétée qui suit.

Comme vous le voyez, c'est d'ordinaire à la suite d'une alimentation défectueuse que se produit le gros ventre. Il dénote le plus souvent une gastro-entérite, aiguë ou chronique.

Voilà donc un enfant qui a de la diarrhée. Elle n'est pas liée à la dentition, puisque l'enfant a 4 ans et que la dent dite de 4 ans vient plus souvent à 6. C'est donc de la diarrhée due à la gastro entérite.

La première indication thérapeutique qui découle de l'étude physiologique de cette maladie, c'est de supprimer les causes qui l'ont provoquée et l'entretiennent.

Au point de vue anatomo-pathologique, je ne puis pas, Dieu merci, vous montrer aujourd'hui des pièces justificatives.

Nous pouvons pourtant, malgré cela, nous rendre compte de ce qui se passe dans l'abdomen de notre sujet.

Il y a une dilatation gastro-intestinale, se traduisant par du météorisme à la partie supérieure et gauche de l'abdomen, et une inflammation de la muqueuse, s'accompagnant de diarrhée.

Pensez-vous, Messieurs, que tout se borne là? Non, certainement.

Il existe aussi une augmentation de volume du foie et de la rate.

Si la polyphagie peut jusqu'à un certain point expliquer l'hypertrophie du foie, comment pourrait-elle expliquer celle de la rate?

C'est ici qu'intervient l'anémie.

Les anciens auteurs prétendaient que l'anémie était surtout caractérisée par un souffle aortique.

Or, M. Constantin Paul a fortement ébranlé ce principe par la description d'un bruit de souffle anémospasmodique de l'*artère pulmonaire*.

Des recherches récentes ont démontré que c'était aussi du côté des valvules auriculo-ventriculaires qu'il fallait chercher les signes de l'anémie.

Parrot a insisté sur ce fait que le souffle existait souvent à la valvule tricuspidienne par insuffisance de cette valvule, due à l'état globuleux du cœur.

Le ventricule droit, mal nourri, s'élargit sous l'influence de la pression sanguine, les muscles papillaires sont écartés et laissent la valvule béante, de là l'insuffisance tricuspidienne *fonctionnelle* et *curable* par conséquent.

Notre petit malade est anémique certainement en raison de sa nutrition défectueuse, et c'est son anémie qui explique, par le mécanisme que je viens de vous indiquer, auquel s'ajoute peut-être l'influence exercée par la gêne fonctionnelle et circulatoire du poumon liée à la cyphose, la production de la rate cardiaque consécutive à celle du foie cardiaque.

Mais le côté le plus important de l'étude du gros ventre n'est certes pas celui que nous envisageons en ce moment.

Le côté relatif à l'absorption est, sans contredit, le plus intéressant.

Je vous ai parlé du système sanguin. Il est évident que les veines abdominales sont plus ou moins turgescentes.

Elles le sont mécaniquement, et cette turgescence n'est pas faite, on le conçoit sans peine, pour favoriser l'absorption et la nutrition.

Mais le système lymphatique lui-même joue un très grand rôle dans la production du gros ventre.

Un enfant a-t-il de la diarrhée, il ne suffit point de combattre ce symptôme.

A-t-il de la constipation, il n'est pas toujours utile de l'évacuer simplement.

Il faut, avant tout, faire de la *thérapeutique pathogénique*, ainsi que le conseille M. le professeur Ch. Bouchard (1).

J'ai attiré votre attention sur la diarrhée, parce qu'elle dénote, en général, que l'intestin est enflammé. Cette inflammation est tantôt aiguë tantôt chronique.

Or, de la muqueuse gastro-intestinale partent des vaisseaux lymphatiques qui aboutissent à des ganglions de même nature.

Supposez que cette muqueuse soit le siège d'une inflammation, celle-ci se propagera aux vaisseaux et ganglions lymphatiques correspondants. De là des lymphangites et des adénites secondaires.

Vous savez, Messieurs, qu'une plaie, pour si petite qu'elle soit, siégeant

(1) Bouchard : Préface au *Traité de thérapeutique* de Nothnagel et Rossbach, 1889.

au bras ou à la jambe, a immédiatement pour conséquence une adénite, axillaire ou inguinale.

La tuméfaction des ganglions mésentériques, ainsi produite, détermine parfois une péritonite de voisinage.

L'absorption est toujours diminuée, parfois même supprimée.

Les vaisseaux sanguins sont comprimés par les masses ganglionnaires.

De là, stase dans ces vaisseaux, en amont des ganglions, entre ceux-ci et l'intestin, d'où, par suite, parésie de ce dernier.

Cet ensemble symptomatique disparaît en général rapidement, sous l'influence d'une alimentation bonne et bien réglée, et, principalement, sous l'influence du régime lacté absolu.

Si je vous ai fait une description anatomo-pathologique aussi détaillée de la maladie, c'est pour mieux vous faire comprendre le second point de cette leçon qui a trait au *carreau* ou *adénite mésentérique tuberculeuse*.

Si l'inflammation est généralisée, tous les ganglions mésentériques sont pris; si l'inflammation est circonscrite, quelques ganglions seulement sont atteints.

L'adénite détermine, non seulement une augmentation de volume des ganglions, mais encore, par péritonite de voisinage, des néo-membranes et alors un empâtement plus ou moins généralisé de l'abdomen, ce qui n'est pourtant pas le cas le plus commun.

Les symptômes les plus habituels sont : le gros ventre et le météorisme abdominal, en raison de la profondeur (mésentère) à laquelle se trouvent placés les ganglions inaccessibles aux mains de l'explorateur.

Qu'un enfant, au contraire, soit atteint de gastro-entérite ou d'entéro-colite aiguës, si l'on percute tous les jours, avec soin, son abdomen, on verra survenir et persister certaines zones de sonorité contrastant avec certaines autres de matité, jusqu'à ce que, l'inflammation diminuant, la matité disparaisse à son tour par résolution.

Cela est dû à la péritonite symptomatique.

Il faut donc diriger la thérapeutique contre la cause première de l'inflammation.

Si l'on ne laisse pas ces désordres persister, tout rentre bientôt dans l'ordre.

Dans le cas contraire, la situation s'aggrave, les néo-membranes englobent les viscères abdominaux, qu'elles enserrent plus ou moins fortement, s'opposant ainsi à l'absorption et à la nutrition.

Un mot maintenant sur l'évolution tuberculeuse de la maladie.

On a prétendu que le *carreau* est *toujours tuberculeux*.

Ici, il est nécessaire de s'entendre.

Si l'on veut désigner la *tuberculose des ganglions mésentériques* sous le nom de *carreau*, soit; mais alors il faut décrire *à part* le *gros ventre*.

Pour moi, il y a deux périodes dans l'adénite mésentérique.

La première est celle que je viens de vous décrire.

La seconde correspondrait au *développement des tubercules*.

Si j'étais partisan aveugle de l'hérédité, je n'hésiterais pas à déclarer que cet enfant est atteint de tuberculose abdominale, puisque, dans ses antécédents, nous trouvons le père mort phthisique (?).

Il est probable, en effet, que cet enfant, vivant avec ses parents, a respiré à pleins poumons l'air de la chambre où se trouvait son père.

Il a pu absorber aussi les poussières provenant des murs ou du sol.

Il ne serait donc pas surprenant qu'un bacille tuberculeux eût pénétré jusque dans son intestin et que là, trouvant un terrain de culture admirablement préparé, il s'y soit développé facilement.

Ce n'est pourtant pas mon opinion.

Pour moi, cet enfant n'est pas tuberculeux. Il ne présente à noter, en effet, ni de la fièvre ni une localisation pulmonaire. Son gros ventre me paraît dû, tout simplement, à une mauvaise alimentation.

Considérant la tuberculose des ganglions mésentériques comme un état secondaire venant se greffer sur une lésion locale, inflammatoire et primitive, j'affirme que le gros ventre n'est pas tuberculeux d'emblée, qu'il n'est même ni toujours, ni souvent tuberculeux.

L'état général de notre petit malade est fait, en outre, pour éloigner toute idée de tuberculose, comme je vous le disais tout à l'heure.

D'où vient alors que cet enfant soit dans un état de misère physiologique aussi prononcé.

C'est que, privé de son père et fils d'une mère aliénée (c'est elle qui a produit la brûlure de la tête en y versant dessus du bouillon brûlant), cet enfant a été ensuite confié à des mains étrangères et qu'il a été, de tout temps, très mal soigné.

Son alimentation a été jusqu'à ce jour vicieuse et tout son organisme en souffre.

De plus, il est, je vous l'ai dit, cyphotique.

C'est là un signe de rachitisme, résultant lui-même de la nutrition défectueuse du sujet, de l'athrepsie *tardive*, en un mot, dont je vous ai déjà parlé dans ma leçon sur le rachitisme.

La cyphose est lombaire et les fausses côtes sont déjetées en dehors par l'augmentation de volume du foie et de la rate.

Si le système osseux était suffisamment nourri, il pourrait résister à la pression de dedans en dehors exercée par ces viscères, mais comme il manque de substances calcaires, il se laisse fléchir et déjeter en dehors.

Il est donc nécessaire d'intervenir activement dans ce cas.

Tout d'abord, régler l'alimentation et prescrire le régime lacté exclusif.

Ce sera le meilleur moyen de favoriser la digestion et la nutrition de notre malade.

A cela, nous ajouterons : du *quinquina* (1) pour combattre l'atonie générale ; du *phosphate de chaux* (2) pour fortifier le système osseux. Enfin, à l'aide d'un appareil (3) destiné à combattre la cyphose, nous parviendrons à redresser et à maintenir ce pauvre petit malade, qui, sans cela, serait voué à une difformité des plus marquées.

Voilà, Messieurs, ce que j'ai cru devoir vous dire aujourd'hui, désireux de vous montrer que, chez l'enfant atteint de gros ventre, on ne doit jamais

(1) Une cuillerée de décoction, matin et soir, dans une tasse de lait sucré.

(2) 40 centigrammes par jour, en deux fois, dans du lait.

(3) V. ma leçon *sur le rachitisme*. (*Gaz. hebd. des sc. méd.*, Montpellier, 1891.)

se laisser abattre et que, malgré l'état déplorable dans lequel se trouvent certains sujets, il faut souvent, sinon toujours, espérer la guérison comme conséquence d'un traitement bien compris et d'une médication justement appliquée.

Congrès international d'hygiène et de démographie tenu à Londres du 10 au 17 août (1).

Sommaire : Les maladies transmises ou causées par l'alimentation.

Inspection du lait. — Pour M. Ostertag, l'inspection du lait devrait toujours être faite officiellement. Il est impossible au consommateur de se garantir de beaucoup des impuretés du lait; ce dernier peut avoir son aspect normal, son goût agréable, et cependant être dangereux; il convient donc que des inspecteurs spéciaux soient nommés par l'Etat. Il faudrait exclure du marché le lait qui se distingue par un caractère quelconque du lait normal et à plus forte raison tout liquide reconnu dangereux ou même suspect. On doit rejeter le lait provenant d'animaux atteints de tuberculose, de cow-pox, de maladie aphteuse, celui des bêtes traitées par certains médicaments ou ayant pris des aliments empoisonnés, celui qui a une teinte bleue, rouge ou jaune, etc. Le lait peut encore devenir dangereux en transportant les microbes du typhus, du choléra. Les mesures les plus propres à éloigner les dangers, seront : l'enregistrement des vacheries et laiteries; les examens vétérinaires périodiques des vaches laitières; l'obligation pour les éleveurs de donner à leurs animaux une bonne nourriture et d'informer le vétérinaire sitôt qu'une vache est malade, le lait de cette vache étant exclu de la vente jusqu'à examen complet de la bête; la propreté absolue de la traite qui ne devra jamais être faite par une personne atteinte de maladie infectieuse; la conservation du lait dans des locaux exclusivement réservés à cet usage et son transport dans des ustensiles appropriés; enfin l'interdietion de la vente du lait des fermes où sévirait la maladie aphteuse, tout lait devant du reste n'être consommé que bouilli dès que l'épidémie a éclaté.

M. Perroncito a observé un cas très net de transmission de la tuberculose par le lait. Un veau devint tuberculeux après avoir tété une vache malade.

M. Ballard a étudié l'*infection par les viandes*. Les viandes dangereuses renferment tantôt des micro-organismes, tantôt un poison chimique, tantôt, enfin, les deux à la fois. Il est vraisemblable que le poison dépend de l'activité des microbes; ce poison peut provenir de microbes variés et cependant produire des accidents identiques. La viande ne contient que pendant peu de temps les microbes et leurs poisons; les premiers sont tués par leurs propres toxines, et ces dernières se décomposent rapidement. Il y a des cas où les accidents qui succèdent à l'ingestion des viandes apparaissent très rapidement, après quelques heures, tandis que, dans d'autres, ils se développent beaucoup plus lentement. Les accidents peuvent appparaître à la suite de l'ingestion de toutes les viandes; celle de porc est le plus souvent mauvaise, peut-être parce que, par la cuisson, elle fournit beaucoup de gélatine, milieu très favorable pour les microbes.

Les viandes destinées à être mangées doivent être complètement cuites; on ne doit les conserver que dans des locaux où elles sont, autant que possible, à l'abri de toute cause d'altération, du contact d'un air impur ou chargé de principes nocifs.

M. Vaughan, insistant sur la fréquence de l'infection saprophytique dans les fromages, a demandé qu'un bactériologiste soit attaché aux fromageries.

M. Blanchard a distingué les accidents qui résultent de l'ingestion de viandes rendues nocives par des ptomaïnes produites par la vie des microbes, accidents décrits sous le nom de botulisme, et ceux qui succèdent à l'usage de la chair d'animaux spéciaux, chair qui renferme des leucomaïnes dangereuses. Il en est ainsi pour certaines espèces d'an-

---

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 27, 29 août, 1er 3 et 10 septembre 1891.

guille, quelques poissons du Japon, tels que le *diodon* et le *tétrodon*. Le poison peut se trouver dans les muscles, dans les glandes sexuelles, etc.

M. KLEIN, rappelant les épidémies de *scarlatine* dans lesquelles la contagion a paru se faire par le lait, a cité le travail de M. Power d'après lequel le lait ne serait pas souillé par des germes humains; ce serait l'animal lui-même qui aurait une affection spéciale des pis transmettant la scarlatine à l'homme.

De la transmission de la tuberculose par la viande et le lait d'animaux tuberculeux. — MM. MAC FADYCAN et WOODHEAD admettent que la tuberculose du tube digestif peut se développer à la suite de l'ingestion de la viande d'animaux tuberculeux. La chair de la région fessière renferme assez souvent des nodules tuberculeux. Les bacilles se rencontrent souvent soit dans les muscles, soit dans le tissu conjonctif intra-musculaire, mais le fait n'est pas constant. La tuberculose se localise très rapidement sur le pis et le lait est naturellement d'autant plus dangereux qu'il contient davantage de bacilles; l'action microbicide que l'on a attribuée au lait est hypothétique. Le lait contaminé est moins dangereux s'il est dilué. Au début de la mammite tuberculeuse, le diagnostic ne peut guère se faire que par l'inoculation aux petits animaux, et cependant, à ce moment, le lait contient assez de bacilles pour être nuisible aux enfants affaiblis.

M. BURDON SANDERSON regarde aussi la viande des animaux tuberculeux comme dangereuse. D'après les chiffres recueillis par M. Arloing, sur 1,000 animaux livrés à la consommation, il y en a 100 de tuberculeux. Il est vrai que la tuberculose intestinale n'est jamais primitive chez l'homme, mais, chez les enfants, il peut ne pas en être de même. Avant d'ordonner la saisie des viandes des animaux atteints, il faudrait pouvoir diagnostiquer la maladie au début.

M. BANG croit que l'on a exagéré le danger des viandes et du lait provenant d'animaux tuberculeux. La saisie de tous les animaux malades s'imposerait si l'on croyait à la nocivité de leur viande, et ce serait une dépense énorme, les propriétaires devant être indemnisés. La mesure serait inapplicable dans les pays où la maladie est commune. On peut rendre le lait inoffensif en le faisant bouillir; le beurre cesse d'être dangereux si la crème a été portée à une température de 85°. Il est très rare de trouver le bacille dans le suc de la viande des animaux tuberculeux; le milieu est peu favorable pour son développement, et M. Burdon Sanderson n'a eu que 2 résultats positifs sur 21 expériences faites avec le sang de vaches malades.

Pour M. ARLOING, la tuberculose devrait être classée parmi les maladies virulentes, car le nombre des animaux malades s'accroît sans cesse. La cuisson diminue le danger qu'il y a à manger de la viande suspecte; malheureusement, dans beaucoup de cas, l'aliment n'est pas porté à une température suffisante. Les expériences d'inoculation ne renseignent qu'imparfaitement sur la nocivité de la viande tuberculeuse, car il reste dans le stroma, après l'extraction du suc, une grande quantité de bacilles. M. Arloing conseille de saisir toutes les viandes provenant d'animaux tuberculeux; on peut les utiliser pour la préparation du jus de viande ou les saler, ce qui les stérilise, à cause des procédés employés. L'inspection des viandes doit être faite jusque dans les plus petites localités.

M. Arloing propose au Congrès de voter les vœux suivants :

1° Le service d'inspection des viandes sera établi sur toute l'étendue du territoire dans le plus bref délai possible;

2° La viande des animaux tuberculeux, dans tous les cas indistinctement, ne sera jamais livrée à la consommation à l'état frais;

3° Elle sera stérilisée ou transformée par une application suffisante de la chaleur, ou salée, suivant les lieux et les circonstances, avant d'être livrée à la consommation;

4° La moins-value résultant de ces transformations ou modifications sera compensée par une indemnité;

5° L'indemnité devra provenir d'une légère taxe prélevée sur toutes les têtes de bétail soumises à l'inspection, taxe perçue et utilisée sous le contrôle des communes.

Pour M. NOCARD, le fait que les cobayes deviennent tuberculeux quand on leur injecte

du suc musculaire dans le péritoine, ne prouve pas qu'ils le seraient devenus s'ils avaient mangé de la viande des animaux malades. Il n'a pu rendre tuberculeux des jeunes chats en leur donnant de la viande dont le suc renfermait des bacilles, et cependant ces animaux deviennent facilement phthisiques. Le lait des vaches atteintes est certainement dangereux pour les jeunes enfants.

M. STIME fait remarquer qu'en Angleterre l'inspection des viandes est très mal faite. Cependant il ne s'est pas produit d'extension de la tuberculose. Des lésions locales ne peuvent infecter le corps tout entier, et Koch a reconnu qu'il n'y avait aucun danger lorsque l'on ne consommait pas les organes malades. La saisie de toutes les viandes provenant d'animaux malades ne peut être faite; cependant la surveillance des animaux devrait être plus sévère.

En résumant la discussion, M. BURDON SANDERSON a fait remarquer que la plupart des médecins étaient d'accord sur un point : la nécessité d'une inspection rigoureuse. Comme, d'autre part, il est certain que la chair musculaire d'un animal malade peut donner la tuberculose, la saisie de toute la viande de ces animaux est absolument nécessaire.

En se séparant, le Congrès a adopté un certain nombre de vœux parmi lesquels on peut signaler les suivants :

Création, dans les futurs Congrès internationaux d'hygiène et de démographie, d'une section spéciale d'hygiène et des maladies des pays chauds (vœu émi par les membres indiens du présent Congrès).

Le Congrès appelle l'attention des gouvernements sur les bienfaits qui résulteraient pour le public d'un système d'enregistrement des entrepreneurs de plomberie, lesquels, avant de pouvoir s'établir, devraient justifier de connaissances techniques.

Le Congrès est d'avis qu'il y a lieu de rendre la déclaration des cas de maladies infectieuses obligatoires tant pour le médecin que pour le chef de famille.

Le Congrès émet le vœu qu'il soit nommé une commission pour faire une enquête sur la condition physique des enfants, leur état mental et la prophylaxie des maladies auxquelles ils sont plus spécialement sujets.

Sur la proposition de la section de démographie, la question suivante a été mise à l'ordre du jour du prochain Congrès :

« La durée de la journée de travail dans ses rapports avec la santé du travailleur et avec la santé publique. »

Avant de se séparer, l'assemblée décide, sur la proposition du Comité permanent, que la prochaine session du Congrès se tiendra, en 1894, à Budapest.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE (1)

1er SEMESTRE 1891.

Sur la question du ferment glycolytique, par MM. LÉPINE et BARRAL. — Voici la réponse que ces auteurs font au mémoire de M. Arthus.

1° Le ferment glycolytique provient, en grande partie, mais non exclusivement, du pancréas. Il existe normalement dans le sang circulant, en quantité variable suivant les conditions diverses d'alimentation, de saison, etc.

2° Il est non seulement contenu dans les globules blancs, mais il y paraît *fixé*, de telle sorte que, dans les expériences *in vitro*, il ne passe bien dans le sérum que si certaines conditions d'osmose, etc., sont réalisées — ou bien si les globules blancs éprouvent un certain degré de destruction.

3° La diminution du sucre, dans les premiers quarts d'heure qui suivent la sortie du

(1) Suite. — Voir les numéros des 10 et 12 septembre 1891.

sang des vaisseaux, est une question extrêmement complexe : elle est la *résultante* de deux processus opposés : 1° la destruction du sucre au moyen du ferment glycolytique; 2° la formation du sucre dans le sang aux dépens du glycogène préexistant et vraisemblablement sous l'influence du ferment diastasique dont la présence dans le sang est connue. Ce qui prouve la réalité de ce dernier processus, de l'augmentation possible du sucre dans le sérum mis au bain-marie à 38 degrés C., immédiatement après la centrifugation du sang. Si ce phénomène est dans le sérum moins exceptionnel que dans le sang entier, c'est parce que le ferment glycolytique ne passe pas facilement dans le sérum. Cette *glycogénie hématique* que Cl. Bernard n'a point connue, complique singulièrement, comme on voit, l'étude de la glycolyse du sang.

4° Si l'on met au bain-marie 38°-39° C. du sang d'un chien à l'inanition, ne renfermant pas, par conséquent, de glycogène en quantité appréciable, la perte du sang en sucre, contrairement à l'assertion erronée de M. Arthus, est plus grande dans le premier quart d'heure que dans les quarts d'heure consécutifs.

5° Pour les motifs indiqués dans les deux paragraphes précédents et d'autres encore, les conclusions de M. Arthus ne sauraient être considérées comme exactes et, par suite, la préexistence du ferment glycolytique dans le sang ne peut être sérieusement contestée.

Note sur la production de la glycosurie et de l'azoturie après l'extirpation totale du pancréas, par M. Hédon. — La glycosurie se montre toujours chez le chien à la suite de l'extirpation du pancréas. Il y a des formes de maladies nées par cette extirpation.

A. Une forme de diabète à marche rapide, dans laquelle l'élimination du sucre et de l'azote est excessive et amène promptement une cachexie profonde et la mort au bout de quinze à trente jours. La courbe de l'azoturie est parallèle à la courbe de la glycosurie, mais lui est inférieure et la glycosurie est le symptôme dominant. Ces courbes présentent deux périodes assez régulières, l'une d'ascension, l'autre de descente.

B. Une forme de diabète à marche lente. L'animal ne succombe qu'au bout de plusieurs mois à la cachexie. La glycosurie est intermittente; quand sa courbe s'abaisse, on peut voir parfois la courbe de l'azoturie s'élever beaucoup. La glycosurie peut manquer totalement pendant de longues périodes de la maladie; mais l'élimination de l'azote est toujours considérable et, dans cette forme, c'est l'azoturie qui est le symptôme dominant de l'affection. Tous les symptômes diabétiques persistent malgré l'absence de la glycosurie; la polydipsie et la polyurie en particulier sont très accentuées.

Voici les conclusions de la note de M. E. Hédon :

1° Le pancréas a une action très importante, comme glande vasculaire sanguine, sur les échanges nutritifs.

2° A la suite de lésions provoquées ou de l'extirpation de cette glande, il se produit une dénutrition considérable qui ne doit pas être exclusivement attribuée aux troubles digestifs.

3° La glycosurie et l'azoturie sont les deux symptômes principaux que l'on observe après l'extirpation totale du pancréas.

4° Pendant les périodes où la glycosurie fait défaut, le sucre absorbé avec les aliments est utilisé en grande partie. Pour ce motif, il y a lieu de rechercher s'il se peut que le pancréas soit à la longue suppléé par d'autres organes. — M. Lépine a, du reste, déjà admis que le pancréas n'est pas la source exclusive du ferment glycolytique.

III. — Communications diverses.

Des phénomènes ultérieurs que l'on observe sur la tête et le tronc des décapités et de leur signification physiologique, par M. J.-V. Laborde. — 1° Du côté de la tête. Après la décollation, les observateurs compétents sont a peu près d'accord, aujourd'hui, sur un certain nombre de phénomènes extérieurs soit spontanés, soit provoqués, dont elle est le siège :

Parmi les mouvements spontanés, les contractures fibrillaires localisées des muscles qui font plus ou moins grimacer la face et qui sont surtout très accentuées du côté du front, des tempes et du cuir chevelu, dont les plissements contracturés ont attiré parti-

culièrement, par leur constance, l'attention des exécuteurs ou de leurs aides ; si bien que l'un d'eux a cherché et cru trouver la cause du phénomène dans l'influence de l'air froid, ayant remarqué que ces contractions fibrillaires, et les plissement cutanés qui en étaient la suite, étaient d'autant plus intenses et persistants que le froid était plus vif, notamment quand l'exécution avait lieu l'hiver : cette observation n'est pas dénuée de fondement, attendu qu'il s'agit de mouvements musculaires, pouvant fort bien être provoqués ou suscités par une cause extérieure de la nature ci-dessus, surtout dans les muscles peauciers, immédiatement sous-jacents à la surface cutanée à découvert.

Mais ce sont là des manifestations de la propriété fonctionnelle de la fibre musculaire, ou irritabilité musculaire qui survit le plus longtemps, la dernière, après la mort générale, et qui peut facilement en conséquence donner, et donne, en effet, constamment, des signes spontanés plus ou moins intenses après la terrible opération, laquelle constitue elle-même une cause puissante d'excitation et de mise en jeu de cette propriété. Les rapides convulsions des paupières, les mouvements d'ensemble des globes oculaires exactement constatés par Holmgren, les rictus de la bouche rentrent dans le même ordre des phénomènes.

L'ouverture de la bouche, avec un mouvement successif et rythmé d'abaissement et d'élévation de la mâchoire inférieure, a une signification plus importante, surtout si on les rapproche de la contraction simultanée et également rythmée, parfois saisissable des narines.

N'est-on pas autorisé à voir là des phénomènes *asphyxiques*, quelque rapides et passagers qu'ils soient, de même nature que ceux que l'on observe sur la tête des animaux décapités (chien, chat, etc.) et qui ont été si bien discutés et interprétés par Legallois.

Il ne faut pas oublier, à ce propos — et le fait donne encore plus d'importance aux phénomènes en question — que le bout supérieur de la moelle sectionnée, attenant à la tête, contient la région bulbaire du centre fonctionnel respiratoire; et que, en outre, l'excitation directe de ce tronçon supérieur de l'axe nerveux, par un courant de pile, incapable de provoquer à distance et par propagation la contraction directe des muscles voisins, est suivie, plus de vingt-cinq minutes après la décapitation, de mouvements très accentués des muscles faciaux, correspondant aux noyaux bulbaires qui les commandent.

Enfin, un certain nombre de phénomènes réflexes ou provoqués existent indubitablement du côté de la face :

Si on approche une légère flamme d'allumette ou de bougie de l'ouverture pupillaire qui s'est moyennement dilatée (mydriase), au bout de quelques secondes, après avoir été d'abord très rétrécie ou en myosis, on la voit nettement se contracter sous l'influence de l'excitant lumineux ; et ce résultat est constamment obtenu, à chaque épreuve nouvelle.

Le phénomène est un *réflexe rétinien*, pour cette raison que, s'il s'agissait d'une pure et directe provocation de la contractilité des fibres du muscle de l'iris, cette même provocation devrait amener le même résultat à une époque plus éloignée, où la contractilité persiste, en général, puisque c'est la propriété du tissu qui survit la dernière, jusqu'à douze et même vingt-quatre heures après la mort générale. Or, après la vingt-cinquième, et au plus la vingt-sixième minute, le phénomène pupillaire ne se réalise plus; et cette limite, — il importe de le rappeler, — est précisément celle de la cessation définitive de l'excitabilité provoquée des éléments nerveux centraux (centres excito-moteurs cérébraux).

On a encore constaté, du côté de la face, le réflexe oculo palpébral, c'est-à-dire la contraction des paupières, surtout de la paupière supérieure, à chaque attouchement superficiel de la cornée ou de l'extrémité des cils.

2° *Du côté du tronc.* — Au moment où le corps, séparé de la tête, roule dans le panier, sous les yeux de l'observateur, celui-ci peut constater des mouvements déterminés des membres inférieurs et des membres supérieurs.

Du côté des membres inférieurs, au moment où les pieds vont choquer contre la paroi du panier, il s'opère un mouvement de rétraction et de flexion tel que les pieds tendent

à rentrer dans le pantalon, lequel — selon l'expression des aides et en particulier de mon confident de tantôt — devient *trop long*.

Du côté des bras, ligottés, comme on sait, à leur extrémité manuelle, derrière le dos, on aperçoit une série de mouvements d'ensemble de bas en haut *et vice versa*, que les témoins ordinaires, incompétents, mais observateurs sans parti pris, caractérisent de l'expression pittoresque, et exactement imagée de « coup d'aile ».

L'on pourrait croire qu'il s'agit-là uniquement de mouvements spontanés, idio-musculaires, manifestant directement la propriété d'excitabilité de la fibre musculaire ; cela est certainement possible, et des contractions musculaires spontanées, plus ou moins étendues, peuvent et doivent se produire dans ces conditions, puisque l'irritabilité musculaire persiste entière, longtemps après l'extinction de toutes les autres fonctions générales et de tissus.

Mais il est incontestable aussi que le réflexe est même possible, et qu'il existe du côté du tronc : M. le docteur Laborde a pris à pleine main, en pressant fortement, la partie interne ou bicipitale de l'un des bras, après qu'il venait de constater les mouvements « en coup d'aile », et il a aussitôt ressenti et éprouvé une forte réaction de ce bras, qui s'est renouvelée deux fois à la suite d'une nouvelle excitation.

Le choc du couperet et la commotion qui en résulte amènent une atténuation de l'excito-motricité normale qui s'ajoute à l'épuisement nerveux inévitable ; d'autres fois, il y a une sorte de collapsus préalable. Il en résulte que les phénomènes en question sont parfois presque abolis ou très atténués, mais cependant, dans la plupart des cas, leur constatation est encore possible.

Le centre bulbaire impliqué par le traumatisme de la décollation n'est pas un centre exclusivement inhibitoire ou d'arrêt. Telle est la conclusion que l'on peut tirer de ces diverses constatations.

Emploi de la glycérine comme analgésique dans les brûlures, par M. Grigorescu. — La glycérine pure, appliquée aussitôt après la brûlure, est un analgésique parfait et durable. Plus l'application est prompte, plus l'effet est complet. Dans les cas les plus graves, il est nécessaire de répéter deux ou trois fois l'emploi, mais, en général, une seule application suffit. On doit laisser la partie continuellement humectée par la glycérine ou même employer un petit bandage protecteur. On applique quelques gouttes de glycérine sur la partie brûlée et on frictionne légèrement. Un sentiment de cuisson modérée survient, mais il disparaît presque immédiatement et il ne reste plus qu'une sorte d'anesthésie locale. L'inflammation fatale dans tous les cas de brûlure est évitée presque complètement. De plus, l'élimination de la couche épithéliale se fait petit à petit et la cicatrice est beaucoup moins marquée. (*A suivre.*)

FORMULAIRE

Potion contre l'albuminurie. — Henke.

Crème de tartre soluble	15	grammes.
Nitrate de potasse	2	—
Infusion de fleurs de sureau	120	—
Sirop de polygala	45	—

F. s. a. une potion dont on fait prendre 8 à 12 cuillerées à café par jour, dans l'albuminurie ou dans l'anasarque scarlatineuse. — N. G.

COURRIER

Le Conseil général du Rhône et les officiers de santé. — Sur le rapport de M. le docteur Rebatel, relatif à la suppression des officiers de santé, le Conseil général du Rhône

a adopté les conclusions tendant à considérer, dans l'état actuel, cette suppression comme offrant quelque danger au point de vue de l'assistance publique dans les campagnes.

Clinique française (30, rue d'Assas, et 76, rue de Vaugirard). — Grouper dans un même local, ouvert toute l'année, les diverses cliniques générales et spéciales, afin de faciliter aux élèves et aux médecins l'étude ou la revision rapides de la technique des différentes branches de l'art de guérir, tel est le but de l'Ecole pratique médico-chirurgicale.

Les cours, *essentiellement pratiques*, auront une durée de deux mois et seront repris quatre fois dans l'année : en novembre, en janvier, en mars et en mai.

L'ouverture des cours aura lieu le 5 novembre.

N. B. — Les élèves sont priés de se faire inscrire au secrétariat, tous les jours de dix heures à six heures.

Programme des cours et des conférences du semestre d'hiver 1891-1892.

Lundi, mercredi, vendredi. — A huit heures, maladies de la bouche et des dents. — A dix heures, électrothérapie. — A une heure, maladies de la peau; thérapeutique. — A deux heures, bactériologie. — A trois heures, chimie médicale et biologique. — A quatre heures, vaccination (mercredi); maladies des voies urinaires. — A cinq heures, hydrologie; orthopédie; chirurgie des enfants. — A six heures, traitement de la tuberculose. — A huit heures soir, technique microscopique et diagnostic d'anatomie pathologique.

Mardi, jeudi, samedi. — A dix heures et demie, maladies vénériennes. — A une heure et demie, massage, hydrothérapie; exercice d'auscultation (jeudi). — A deux heures, maladies des yeux; larynx, nez, oreilles; hygiène. — A trois heures, chirurgie générale. — A quatre heures, maladies nerveuses; pathologie générale; maladies des femmes. — A cinq heures, pathologie interne; maladies des enfants; accouchements; massage gynécologique.

Conférences complémentaires de chirurgie, d'histoire de la médecine, etc.

Poste médical. — On demande un docteur en médecine pour la commune de Villeneuve-Loubet (Alpes-Maritimes). Voisinage du chemin de fer et de la mer. Une donation assure 1,000 francs par an au médecin qui accepterait. — S'adresser au maire.

Il semble que, dans cette région encombrée de médecins, une commune située à deux pas de la mer et à vingt minutes de deux gares devrait en être pourvue. S'il n'en est pas ainsi, c'est qu'on la croit suffisamment desservie par les médecins de Cannes et d'Antibes. Outre le bien qu'il ferait, un médecin trouverait de sérieux avantages à accepter cette situation. C'est pour appeler l'attention sur elle qu'un propriétaire des environs de Villeneuve a institué la rente dont nous venons de parler.

L'électricité, la castration ovarienne et l'hystérectomie, par le docteur Richelot. une brochure in-8°. — Prix : 1 fr. 50.

Cet ouvrage se trouve à Paris, chez Lecrosnier et Babé, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

REVUE D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

Moyens les plus usités en France et à l'étranger pour la provocation de l'accouchement prématuré.

Si je voulais faire une étude détaillée de tous les procédés qui ont été proposés, abandonnés ou conservés, une véritable étude chronologique, je les diviserais en procédés généraux et locaux. Parmi les premiers, il faut ranger tous les emménagogues; les seconds doivent être subdivisés en excitants indirects et directs : les uns agissant par contre-coup, comme la succion du mamelon ou l'application de ventouses sur les seins; les autres attaquant l'utérus même *extrà vel intùs*. Tels sont les colpeurynters ou tampons vaginaux, les douches vaginales, les douches intra-utérines, les dilatateurs cervicaux, les corps étrangers introduits au-dessus de l'orifice interne, la perforation des membranes; mais quel intérêt aurait pour les lecteurs de l'*Union* l'histoire et la critique de moyens infidèles ou dangereux? Je me bornerai donc à l'étude des procédés les plus communément employés. Ils sont au nombre de trois : la bougie, les ballons, la rupture de la poche des eaux.

La bougie imaginée par Krauss, en grande faveur en Allemagne, ne

FEUILLETON

CAUSERIE

Encore la question de... cabinets.

Il y a deux ou trois ans, j'ai, ici même, déjà traité cette question, à propos de l'état vraiment peu satisfaisant dans lequel sont les water-closet dans les gares de chemins de fer. Je ne crois pas que ma plainte ait porté fruit, et que les cabinets soient mieux et plus propres qu'il y a deux ans, quelle que soit la ligne de chemin de fer sur laquelle on voyage. Nouvel avis à qui de droit. Mais il paraît que ce n'est rien auprès de ce qui se voit dans les villes d'eaux, au bord de la mer, au point que, dans une certaine ville que je ne nommerai pas, les baigneurs ont choisi le water de la gare de préférence à tout autre. Il est vrai qu'il est bien tenu. Jean Sans Terre, du *Petit Journal*, a fait à ce sujet une chronique bien amusante.

La scène se passe à... Chose-les-Bains, au bord de la mer. Je ne dirai pas si c'est sur le sable ou sur le galet, afin de ne pas trop préciser, ce qui désolerait toute une petite ville. Placez d'ailleurs Chose-les-Bains en Normandie, en Picardie ou en Bretagne, sur la Manche ou sur l'Océan, hélas! l'infériorité des locaux dont il va être parlé demeure par-

l'était pas moins à la clinique de la Faculté au temps du professeur Pajot. Le procédé de Krauss séduit par sa simplicité. Il est peu coûteux. Une grosse sonde en gomme, d'un centimètre environ de diamètre, en fait les frais. Le manuel opératoire n'est pas plus compliqué que l'instrument. On met la femme en travers du lit dans la situation dite obstétricale.

Les plus rigoureuses précautions antiseptiques étant prises, l'indicateur de la main droite ou gauche est introduit dans les voies génitales, jusqu'à ce que la pulpe ait pénétré dans l'orifice cervical externe, ou tout au moins, pour les primipares à orifice fermé, jusqu'au contact de l'orifice externe bien nettement senti. De l'autre main, on tient la sonde ou la bougie qui conduite sur l'index est poussée dans les orifices, et, de là, dans la cavité utérine où elle pénètre à une profondeur variable et à son gré, c'est-à-dire en suivant le chemin où le hasard la mène Elle choisit la route du plus facile décollement. Quelques praticiens mettent un mandrin malléable à l'intérieur de la bougie pour éviter son reploiement au moindre obstable. La sonde, introduite, est maintenue par un bandage de corps. On doit éviter de courber et cacher dans le vagin l'extrémité de la sonde. Mieux vaut la couper. Maintenant posons, au sujet du procédé de Krauss, les deux points d'interrogation dans lesquels se résume la critique de tous les moyens de provocation du travail : La sonde est-elle infidèle? La sonde est-elle dangereuse?

Infidèle? Oui. Moins fidèle que d'autres procédés? Oui encore ; mais elle n'est inférieure à cet égard qu'à l'un d'entre eux. Dangereuse? Oui. Plus dangereuse que d'autres procédés? Oui encore, et même que plusieurs autres procédés.

Pourquoi infidèle? Parce que les utérus sont, comme les femmes, *ondoyants et divers* Les uns sont vifs, alertes, prompts à la réplique, irritables; les autres, torpides. Et non seulement l'utérus varie suivant les femmes, mais pour une même femme selon l'époque du mois Cela est vrai, du moins pour l'état physique général et pour l'état moral. Bien des femmes souffrent plus ou moins au moment des règles, et leur caractère change.

---

tout la même, malgré le développement prodigieux qu'ont pris les bains de mer et le progrès qu'un tel déplacement de citadins entraîne logiquement avec soi.

La scène se passe à cette heure lourde de l'après-midi où toutes les familles sont réunies sur les chaises de la grève aimée, devant les petites cabines. La mer monte doucement; les enfants jouent dans le clapotis que fait la vague expirante. Le groupe derrière lequel je me suis assis, sans penser à surprendre les secrets des baigneurs, qui crient d'ailleurs à tue-tête à cause d'un vieux monsieur sourd, se compose de cinq mamans, fidèles à la tapisserie, au crochet et autres ouvrages aimables; de deux demoiselles déjà grandes, et de deux papas, dont l'un fouille sans cesse l'horizon avec une jumelle d'amiral. L'autre semble dormir sur une chaise longue de toile tendue, mais il ouvre l'oreille et se mêle au chœur des interlocuteurs, en fermant les yeux, comme un oracle.

Un collégien de 18 ans, assis par terre, un journal dans les mains, et le vieux monsieur sourd complètent ce paquet de baigneurs. Mettez-en trente ou quarante du même genre sur le bord de la mer, avec des bérets rouges, des casquettes blanches, des ombrelles vertes, et vous avez Chose-les-Bains à l'heure des conversations instructives. Oyez plutôt.

Dire que la conversation qui va suivre a été recueillie dans un phonographe, ce serait farder la vérité, mais il n'est pas téméraire d'avancer que les notes suivantes en sont une reproduction presque textuelle.

***

LE COLLÉGIEN (*se levant et pliant vivement son journal*). — Je vais voir Victor. (*Il disparaît.*)

Or, souvent les femmes enceintes ont chaque mois les sensations de malaise qui précèdent les époques en temps ordinaire. Les contractures indolores se multiplient et s'accentuent; de légères douleurs, qu'il ne faut pas confondre avec les coliques intestinales fréquentes à ce moment et dues à la constipation, se manifestent. En un mot l'utérus est plus irritable. Jamais je n'autorise une femme à voyager à pareil moment. C'est pour tirer parti de cette juste observation que je conseille de choisir, pour la provocation du travail, la période de ces malaises qui correspondent au *molimen* menstruel; mais on ne doit pas oublier que toutes les femmes n'y sont pas sujettes et que certains utérus s'obstinent dans leur engourdissement.

Le seul procédé qui soit plus fidèle que la sonde, est celui des gros ballons. Voilà pourquoi Treube a imaginé de se servir de la bougie pour conduire un condom qu'il gonfle entre la paroi utérine et les membranes. J'ai critiqué ici même cet ingénieux système, que je n'accepte pas à cause de ses dangers, plus grands que ceux de la bougie simple.

Quels sont les inconvénients et les dangers de l'opération de Krauss?

Le plus gros inconvénient est la rupture des membranes, presque fatale quand elles sont adhérentes au segment inférieur. Le seul moyen d'empêcher cet accident, est de ne pas introduire la sonde sans s'être assuré, à l'aide du doigt, si le décollement est facile on non, et de décortiquer l'œuf s'il y a lieu, mais ce n'est pas toujours aisé.

L'arrachement des cotylédons placentaires, au passage de la bougie, constitue le danger de la méthode. J'en ai vu un cas fort net. L'hémorrhagie ne fut pas grave, la sonde s'étant creusée un étroit chemin entre le disque et la paroi utérine, et de la périphérie au centre; mais il n'en est pas toujours ainsi. La marge placentaire peut être arrachée et des pertes graves survenir. Les femmes semblent d'autant plus exposées à cet accident, que le chemin suivi par la sonde, qualifié chemin de hasard, la conduit de préférence au placenta ou dans son voisinage. En effet, elle suit les *locos minoris résistentiæ*, c'est-à-dire qu'elle choisit les endroits où les membranes

---

L'UNE DES MAMANS. — C'est drôle, M. Emile nous quitte ainsi tous les jours à la même heure, sous prétexte d'aller voir son ami Victor qui demeure à l'autre bout de la plage, presque dans la campagne. Il y a là quelque mystère...

UNE AUTRE MAMAN. — Secret de jeune homme.

LA MAMAN D'EMILE. — Oh! je sais bien, moi, où il va.

LE PAPA AUX JUMELLES D'AMIRAL. — Parbleu! Vous n'avez pas encore deviné ça, vous, mesdames? Il a bien raison, c'est tellement ignoble à l'hôtel. Moi, je fais comme lui, mais seulement j'aime mieux attendre le soir. Ça m'inspire...

UNE AUTRE MAMAN. — Horreur! Si on peut parler de ces choses-là.

L'AUTRE PAPA. — Et pourquoi pas, je vous le demande? C'est une des nécessités de la vie; ça n'a rien d'inconvenant. Ce qui est inconvenant, navrant, désolant, c'est le dédain qu'affectent les hôteliers, ici et ailleurs, pour ce point capital de l'existence. On devrait les fusiller.

L'UNE DES MAMANS. — Le fait est qu'à l'hôtel de Paris, où nous sommes, c'est une infamie.

UNE AUTRE. — Eh bien! et à l'hôtel de la Plage, si vous croyez que c'est mieux tenu! J'en frémis deux heures avant que d'y aller. Ah! si l'on pouvait s'en dispenser!

UNE TROISIÈME MAMAN. — Soyez calmes, mesdames, les maisons particulières n'ont rien à envier à vos hôtels. A la maison Chipmann, où nous sommes logés, ils sont au fond du jardin, dans un petit cabanon ouvert à tous les vents. Vous voyez comme c'est

se décollent le plus facilement. Or, en général, les adhérences sont moindres au voisinage du placenta. Elle doit donc, dans certains cas, se diriger vers lui par la force des choses et non par le hasard.

Pour en finir avec le procédé de Krauss, je dois dire deux mots d'une théorie qui a fait quelque bruit, parce qu'elle a fourni l'occasion de prôner une autre méthode. On a dit que la bougie provoquait l'accouchement en causant une légère endométrite infectieuse, et que les succès par ce procédé s'étaient faits de plus en plus rares, au fur et à mesure que les précautions antiseptiques s'étaient perfectionnées. Cette puérilité me paraît être née dans la cervelle d'un de ces médecins qui se creusent la tête pour trouver du neuf, et ne résistent pas à la démangeaison de se voir imprimer. On l'a citée, chez nous, sans examen, comme on cite souvent pour la plus grande gloire d'un autre instrument. Je dis puérilité, parce que je ne vois pas pourquoi la sonde agirait toujours par irritation infectieuse et jamais comme corps étranger, tandis que d'autres procédés, tels que le ballon excitateur de M. Tarnier, agissent toujours comme corps étrangers et jamais par endométrite infectieuse.

Je ne me sers du procédé de Krauss qu'à défaut d'autre instrument; mais je m'en suis servi plusieurs fois avec succès, sans provoquer la moindre endométrite septique, la température de la patiente n'ayant pas dépassé 37,2 pendant l'opération et dans les jours qui ont suivi. Si j'ai renoncé à la méthode des bougies, ce n'est pas seulement à cause du décollement placentaire toujours possible, mais aussi parce qu'il est difficile d'aseptiser les objets en gomme. La couche de vernis est attaquée par les liquides antiseptiques et le réticulum qui forme les dessous, le corps même de l'instrument est mis à découvert par endroits. Or, ce tissu feutré ne convient pas à nos rigueurs antiseptiques. J'ajoute que si cet inconvénient était le seul du procédé, on y remédierait aisément en employant une tige de celluloïde ramollie dans l'eau chaude.

En résumé, le procédé de Krauss est le plus simple, le moins coûteux de tous les procédés, mais il est infidèle et parfois dangereux. On ne doit s'en

---

agréable, la nuit, par une pluie battante, et même sans pluie, de s'en aller là une bougie à la main. Et puis, il faut voir ce qu'on y trouve.

L'une des demoiselles. — Eh bien, à la maison Mercier, où nous sommes, c'est encore plus curieux. Il n'y en a pas!

Une des mamans. — Alors, comment faites-vous?

L'autre demoiselle (*vivement*). — Nous allons à la gare. (*Hilarité générale.*)

Le papa qui sommeille. — Ça, c'est une idée.

La demoiselle (*enjouée*). — Pas bête du tout. D'ailleurs, c'est papa qui l'a eue, et il n'en a que de bonnes. A la gare, on trouve toujours une bonne femme qui est là pour ça, et elle les tient très bien.

(*L'accès de gaieté se prolonge et le monsieur sourd rit aux larmes.*)

* *

L'une des mamans. — On a beau dire et beau rire, c'est un vrai supplice que de voyager dans de pareilles conditions, et je sais bien que maintenant la première chose que nous demanderons avant de louer une maison, ce sera ça. Et mon mari ira les voir avant même d'entrer en pourparlers. S'ils sont propres et hygiéniques, on pourra causer. Sinon, bonsoir les loueurs en garni.

Le monsieur aux jumelles. — Hélas! mesdames, votre colère me fait sourire. Que diriez-vous, si vous aviez roulé votre bosse comme moi dans tous les hôtels de France et de Navarre?

servir qu'à défaut d'un procédé inoffensif, tel que l'excitateur de M. Tarnier, dont je vais parler.

L'excitateur du professeur Tarnier est un ballon de caoutchouc. Les ballons de caoutchouc ont été imaginés par Barnes. On peut donc dire, comme M. Tarnier le fait lui-même, que son excitateur en dérive; mais, en réalité, la différence est grande. Les *sacs de Barnes* sont des *dilatateurs*. Le ballon de M. Tarnier est un *excitateur*. Il se place au-dessus du col, entre le segment inférieur et les membranes. Les sacs de Barnes ont un volume variable. Il y en a une série. Leur forme est celle d'un violon. La portion rétrécie est théoriquement embrassée par le col. Des deux bouts du violon, l'un doit occuper la marge de l'orifice interne dans le segment inférieur; l'autre est extra ou intra-cervical. L'idée de Barnes, extrêmement ingénieuse et pratique, a engendré de bons procédés, vraiment cliniques; mais, à voir l'instrument, on dirait qu'il est le résultat de conceptions théoriques. La série des sacs de plus en plus gros est destinée à obtenir une dilatation de grandeur mathématique en un temps donné. Or, ces ballons, faits d'un tissu élastique, se laissent déformer en boudins au passage du col, et le plus gros n'a pas les dimensions de l'orifice utérin dilaté. De plus, la tige métallique qui sert à les introduire et le gousset qui en loge l'extrémité sur les côtés du ballon sont une invention qui fait moins d'honneur à Barnes que son idée géniale.

L'excitateur de M. Tarnier est aussi en caoutchouc, de la forme et du volume d'un œuf de poule quand il est gonflé. L'ampoule ainsi dilatable se forme à l'extrémité d'un tube de caoutchouc qu'une tige métallique cannelée, très ingénieuse, très pratique, permet de conduire dans l'utérus. Je ne la décris pas; je n'expliquerai pas davantage comment on fixe le tube dans la cannelure ni la disposition qui permet de retirer le tube après mise en place et gonflement de l'ampoule. Rien n'est plus fastidieux, plus inutile que la description d'un outil. Il faut le voir. Il faut le tenir. Retenez bien le principe : 1° ballon de caoutchouc gros comme un œuf quand il est gonflé; c'est l'extrémité dilatée d'un tube de caoutchouc; à vide, il a les

---

L'AUTRE PAPA. — ... De Navarre surtout...

LE MONSIEUR AUX JUMELLES. — Ma foi non. L'Espagne est bien déshéritée sous ce rapport-là aussi, mais nous n'avons pas à nous en occuper. C'est la France qui m'a désolé. Si vous pouviez vous faire une idée, mesdames, de ce que sont ces endroits-là dans la plupart des hôtels en France, dans les petites villes plus particulièrement, non, vous jureriez de ne plus quitter votre maison et de ne jamais aller en voyage autrement que contraintes et forcées par des affaires de famille! C'est une abomination. Vous entrez. La première chose que vous apercevez, c'est...

TOUTES LES DAMES. — Ah! non, ah! non, pas de détails...

LE MONSIEUR AUX JUMELLES. — C'est juste. Laissez-moi seulement vous dire qu'en Angleterre c'est beaucoup mieux tenu, et que, d'ailleurs, le système dit « à l'anglaise » nous vient de l'autre côté de la mer au bord de laquelle nous sommes.

LE PAPA QUI SOMMEILLE. — A Londres, ils sont magnifiques. On y donnerait des bals. Voilà qui est compris! A la bonne heure! Dans nos misérables hôtels de France, c'est le réduit le plus sale et le plus abject de tout l'hôtel. Chez les Anglais, on met son point d'honneur à ce que ce soit astiqué comme un salon. Vous avez en France un mouvement qui s'opère dans ce sens-là par la création des grands hôtels neufs dans les principales villes, mais la moyenne reste immonde. Il faudrait une ligue des voyageurs contre les mauvais aubergistes. On délaisserait ceux qui ne les tiennent pas propres pour se porter en masse chez ceux qui ont un peu de cœur et de dignité. Si j'étais le

dimensions de ce tube qui sert à le remplir d'eau. 2° Tige cannelée pour loger le tube et l'introduire à travers les orifices.

Nul besoin d'en savoir davantage pour l'intelligence du manuel opératoire auquel je passe.

La femme étant aseptisée et mise en situation obstétricale, l'indicateur, d'une main, est introduit dans le col ou sa pulpe appliquée sur l'orifice externe, la tige métallique est empoignée par l'autre main. Elle cache, dans sa cannelure, le tube de caoutchouc *purgé d'air* et muni, à son extrémité libre, d'une ligature pour la conservation du vide. Le tout aseptique. La tige métallique a la forme d'une sonde urinaire à grande courbure. Au sommet de la courbe, sur la convexité, se trouve un repère métallique en saillie, facile à sentir du bout du doigt. Ce repère a son importance. Quand il sera au niveau de l'orifice externe, l'introduction sera suffisante, et on pourra procéder au gonflement du ballon. Poussez doucement la tige à travers les orifices; puis tâtonnez à droite, à gauche, en arrière, en avant. L'instrument doit pénétrer sans effort. L'effraction exposerait à la rupture des membranes. A ce propos, je dois dire que la courbure du conducteur rend un précieux service. La sonde de Krauss tend toujours à se redresser, et, de ce fait, l'œuf est plus exposé. La courbure de l'instrument du professeur Tarnier l'oblige à se maintenir au contact des parois utérines. C'est ainsi que j'explique la rareté relative de la rupture des membranes entre les mains des bons opérateurs.

Le repère arrivé au niveau de l'orifice externe, arrêtez-vous. Alors, séparez d'abord le tube de la tige où il est fixé, précaution que certains opérateurs ne prennent pas, à tort. Faites-le sortir de sa cannelure, puis coupez-le au dessus de la ligature en le tenant pincé pour la conservation du vide. Introduisez dans son bout la canule d'une seringue, et injectez doucement, très doucement, une quantité d'eau mesurée à l'avance. Il est plus commode d'avoir un aide. Vous pouvez vous en passer, mais faites tenir le manche de la tige pendant l'injection. Une ligature est placée audessus de la canule, qu'on retire ensuite. Un mécanisme simple et ingé-

---

gouvernement, je chargerais les commissaires de police de faire une tournée là comme ailleurs (*Hilarité*). Vous riez, mais c'est de la salubrité publique.

Toutes les dames. — Absolument! bravo!

L'une des mamans. — Il est certain que les hôteliers se font du tort avec ce misérable détail. Je sais bien que mon mari ne m'emmène jamais en voyage à cause de cela, tout simplement. « Tu souffrirais trop », voilà ce qu'il me dit Et par ce que j'ai vu et par ce que je vois ici, je comprends qu'il a raison.

Une autre maman. — Mais on ne pourra donc pas faire comprendre à ces malheureux logeurs et hôteliers des villes d'eaux et bains de mer qu'ils se privent de voyageurs en ne tenant pas la main à ces choses-là?

Le monsieur qui sommeille (*se levant brusquement*). — Mesdemoiselles, je ne sais pas si c'est votre heure d'aller à la gare; quant à moi, je me sens tout remué par cette conversation. Je vais voir Victor.

*
* *

Voilà ce qu'on entend sur la plage. La matière est délicate, sans doute; mais il y a là une vérité tellement intense, un vice de nos mœurs tellement affreux que je n'ai pas hésité à reproduire de mémoire la conversation un peu gauloise de Chose-les-Bains. En marquant le point faible du voyage en France, surtout pour les dames, j'espère rendre service à tous, y compris ces malheureux hôteliers qui, en effet, ne savent pas ce qu'ils perdent à manquer de propreté dans l'endroit du monde où elle est le plus nécessaire.

nieux permet d'extraire, en fin de compte, la tige conductrice en laissant le ballon gonflé en place. Pliez l'extrémité du tube en le logeant dans le vagin. Garnissez la vulve d'ouate et, en attendant le travail, faites faire les injections antiseptiques de rigueur.

(*A suivre.*) H. Stapfer.

REVUE DES CLINIQUES

Pleurésie du stade roséolique de la syphilis, par M. le docteur Chantemesse (1). — Il y a peu d'années, les inflammations de la plèvre ne revêtaient aux yeux des médecins que trois formes : la *pleurésie sèche*, la *pleurésie séreuse* et la *pleurésie purulente*.

Aujourd'hui, les notions d'étiologie se substituent, pour les classifications nosologiques, aux enseignements de l'anatomie pathologique et elles apportent dans le domaine des exsudations pleurales un démembrement qui s'accentue chaque jour.

Les germes des maladies infectieuses étant isolés, on s'est efforcé d'envisager les groupes de pleurésies qui, découlant d'une même origine, ne pouvaient manquer de traduire dans leur évolution leurs liens de parenté.

A vrai dire, cette étude a commencé par l'observation directe des malades. Après l'histoire des inflammations pleurales dues à la tuberculose est venue celle des pleurésies métapneumoniques, des pleurésies dues au pneumocoque, au streptocoque, au bacille typhique, etc.

On peut ajouter aux précédentes une nouvelle forme de pleurésie séreuse due à la syphilis.

M. le docteur Chantemesse laisse de côté les inflammations pleurales qui accompagnent les pneumopathies de la syphilis tertiaires. La plèvre épaissie est infarcie de gommes enchassées dans le tissu fibreux (Jacquin). Ces pleurésies ont été fort bien étudiées par M. Dieulafoy (*Gaz. hebd.*, 1889).

Il limite son étude aux pleurésies qui surviennent pendant les premières phases de l'infection syphilitique et dont il a déjà signalé l'existence pendant le stade roséolique de la syphilis.

(1) Résumé d'après le *Bulletin médical.*

A quels détails vulgaires tient la balance du commerce général !

S'ils étaient seulement comme ceux de la gare dont parlait la demoiselle, le nombre des touristes triplerait chaque année! Ce qu'il y a de pire, c'est que maints voyageurs font des scènes à ce sujet et que là encore la routine garde le dessus.

Multiplier les scènes et ne pas louer, c'est encore le remède le plus pratique qui soit contre ce mal honteux de notre belle France !

Il y a encore bien d'autres points noirs dans les voyages; ce sont, par exemple, les exagérations des notes d'hôtel, contre lesquelles rien n'a pu et ne pourra jamais prévaloir depuis que le monde est monde et tant qu'il restera monde. Il faut en prendre son parti et voyager quand même. Il faut bien changer d'air de temps en temps.

Simplissime.

Pommade contre l'acné. — Unna.

Lanoline	ââ 10 grammes.
Onguent simple	
Chlorure de calcium liquide..............	
Eau oxygénée..............................	
Soufre précipité...........................	4 —

Mêlez. Pour onctions contre l'acné. — L'eau oxygénée est destinée à décolorer les points noirs ou comédons, qui se remarquent sur le visage des personnes sujettes à l'acné.

N. G.

Les syphiligraphes se sont préoccupés très peu de l'état de la plèvre pendant la période secondaire. La fièvre a été attribuée tout entière à l'infection sanguine; les douleurs thoraciques se sont confondues dans le groupe des phénomènes névralgiformes, et les signes souvent très passagers fournis par la percussion et l'auscultation ont passé inaperçus.

Cependant, l'existence de la pleurésie, à cette période de la maladie, est, *à priori*, vraisemblable et mérite d'être recherchée. Au moment où le virus, qui a franchi les étapes lymphatiques, arrive dans le sang, l'infection devient centrifuge; le virus est projeté dans tous les organes. Suivant la structure des tissus et la résistance des appareils, les lésions locales se développent. A ce moment, les membranes séreuses ne restent pas toujours indemnes; on a vu les articulations s'enflammer et se remplir de synovie, les plaques de méningite traduire leur présence par la céphalée, les névrites, les paralysies, etc. Pourquoi la plèvre resterait-elle intacte, tandis que son feuillet viscéral recouvre le poumon où le virus imprime si souvent sa trace?

M. le docteur Chantemesse croit que la pleurésie avec ou sans épanchement est assez fréquente dans le cours du stade roséolique de la syphilis. D'après les cinq observations qu'il a publiées, on peut résumer leurs caractères en quelques mots :

Ces pleurésies surviennent pendant le cours du stade roséolique de la syphilis;

Elles débutent à la fin du second mois ou pendant le troisième mois qui suit l'apparition du chancre;

Elles se montrent sans cause appréciable autre que la syphilis récente;

Elles s'annoncent par un point de côté, une légère douleur qui va peu à peu en s'exagérant et qui s'accompagne de fièvre à exaspération vespérale, capable d'atteindre et de dépasser le chiffre de 40°;

Elles ont d'ordinaire une marche rapide, évoluant en quelques jours et disparaissant sans laisser de traces perceptibles à l'auscultation;

Elles peuvent quelquefois provoquer un épanchement abondant et laisser de leur passage des signes stéthoscopiques durables. On constate souvent, en pareil cas, l'existence d'une lésion pulmonaire syphilitique concomitante.

La rapidité de l'évolution de la maladie et la variabilité de sa marche sont précisément en rapport avec la nature des lésions de la période secondaire de la syphilis. Depuis la macule fugitive, jusqu'à la syphilide ulcéreuse, toutes les altérations cutanées et muqueuses s'observent dans ce stade. Leur caractère principal est la circonscription de la lésion élémentaire sur une surface d'une faible étendue, que cette lésion ait une durée presque éphémère ou qu'elle provoque une modification de tissu profonde.

La pleurésie du stade roséolique de la syphilis traduit l'éruption sur la plèvre de syphilides analogues à celles des éruptions cutanées. Elle se distingue nettement par sa cause, ses symptômes, son allure de toutes les autres inflammations pleurales. Il y aurait intérêt à étudier la nature de l'exsudat. Les renseignements sur ce point manquent encore, mais M. le docteur Chantemesse croit que la lésion pleurale pourrait permettre d'observer à l'état de pureté le virus syphilitique mieux qu'on ne peut le faire dans les lésions syphilitiques exposées aux impuretés atmosphériques.

Le diagnostique de la pleurésie syphilitique secondaire est relativement facile, puisque l'affection survient dans le cours de la roséole et qu'elle revêt des caractères particuliers. Parmi ceux-ci, il en est qui servent autant à la dissimuler qu'à la dévoiler. La rareté de l'accident, son évolution rapide, le faible degré de l'épanchement attirent peu l'attention du médecin.

Les syphilitiques, qui, à la période secondaire de leur maladie, souffrent de la fièvre, de toux, de douleurs plus ou moins généralisées, sont considérés avec juste raison comme atteints d'infection syphilitique fébrile, et chez eux les douleurs thoraciques sont confondues parmi toutes les autres. On pense à des myalgies, à des périostites, à des névralgies intercostales et l'auscultation de la poitrine, qui permettrait d'accuser une lésion pleurale, n'est pas toujours pratiquée.

C'est là, croit M le docteur Chantemesse, la cause principale du silence des auteurs au sujet de la pleurésie du stade roséolique.

Quand on se trouve en présence de cas rares, où l'épanchement est lent à se résorber,

on pourrait, la syphilis étant diagnostiquée, rattacher la pleurésie à une infection étrangère concomitante, rhumatisme articulaire aigu, tuberculose, fièvre typhoïde, infection pneumococcique, etc.

Comme la syphilis secondaire, la polyarthrite fébrile peut provoquer une pleurésie bilatérale à marche rapide, une endopéricardite, etc., mais l'étude attentive des signes fournis par le syphilitique ne permettrait pas une erreur de longue durée. Les syphilides de la peau et des muqueuses et la cachexie rapide du malade viendraient vite éclairer le diagnostic.

Les épanchements pleuraux dus au bacille typhique et au pneumocoque seront encore reconnus par le mode de début de la maladie, par les circonstances au milieu desquelles apparaît l'exsudation pleurale et, si besoin était, par l'examen microscopique et la culture du liquide exsudé.

Enfin, la pleurésie tuberculeuse, qui se présente avec des allures fébriles, ne pourra être confondue avec la pleurésie du stade roséolique. Elle est accompagnée de lésions pulmonaires prédominantes au sommet de la poitrine; l'expectoration présente des caractères particuliers; enfin, l'examen des crachats lèverait tous les doutes.

Le diagnostic de la pleurésie, étudié par M. le docteur Chantemesse, est donc facile. Il suffit de songer à son existence et de la rechercher pour la découvrir fréquemment.

Le pronostic de la lésion pleurale n'est pas généralement très grave, puisque la maladie se termine le plus souvent par une guérison complète avec retour à l'intégrité; mais parfois des adhérences persistent, qui gênent le fonctionnement du poumon, et la lésion est toujours une complication sérieuse, puisqu'elle s'accompagne de fièvre, de douleurs, d'inappétence, qu'elle oblige les malades à faire un séjour au lit et surtout parce qu'elle trahit la présence d'une infection syphilitique très virulente.

Du diagnostic découle le traitement, pourvu que l'affection soit rattachée à sa véritable cause.

Dans plusieurs faits, l'épanchement pleural avait été attribué à une infection différente de la syphilis et le traitement spécifique interrompu dès le début de la pleurésie. Il s'est agi dans ces cas d'erreurs thérapeutiques, puisque, au contraire, le traitement mercuriel doit être institué d'une manière intensive. Dès que le diagnostic est porté, le malade est soumis à des injections sous-cutanées quotidiennes, faites dans la région dorsale avec dix gouttes de solution hydrargyrique, renfermant pour 10 grammes d'eau distillée 10 centigrammes de sublimé et 20 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne.

L'injection faite avec une seringue aseptique, un cataplasme de fécule est placé sur la région inoculée.

Ainsi est obtenu un traitement qui, sans procurer de douleurs notables, sans exposer à la stomatite, réalise des qualités de sûreté et de puissance véritablement excellentes.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE (1)

1er Semestre 1891.

Suppression de la sécrétion lactée à la suits d'un accès d'épilepsie. — M. Ch. Féré a constaté ce fait dans un cas où une attaque survint peu après l'accouchement. La sécrétion se tarit définitivement et l'enfant dut être mis au biberon. La santé de la mère ne subit aucun trouble.

Abaissement de la tension artérielle dans la phthisie pulmonaire. — M. Marfan a noté que la tension est constamment abaissée dans la phthisie. Au lieu de 17 à 18 centimètres de mercure, elle est de 10 à 15 centimètres. Ce phénomène se voit aussi bien quand il y a de la fièvre que lorsque les malades sont apyrétiques. Une fièvre vive accroît encore l'abaissement de la tension, il en est de même de la cachexie terminale. La digitale

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 10, 12 et 17 septembre 1891.

relève légèrement la tension. L'abaissement s'observe dès le début de la maladie. Peut-être ce phénomène est-il un des éléments qui constituent la prédisposition.

Le cathétérisme permanent des uretères a été employé chez l'homme par MM. Albarran et Lluria. — Il s'agissait d'une jeune fille atteinte de cystite tuberculeuse que M. Guyon traita par la taille hypogastrique. On introduisit dans chaque uretère, à une profondeur de 4 centimètres, une sonde spéciale pourvue à son extrémité d'un renflement ne forme de poire, percé de deux orifices. La vessie fut brûlée au thermo-cautère et les bords de la plaie suturés à la paroi abdominale, le cathétérisme uréthral étant assuré. Tout se passa bien et le rein malade s'améliora rapidement, ce qui fut reconnu par l'analyse des urines recueillies séparément pour chaque rein. On pourrait placer les sondes sans faire la taille, par le procédé de Faulick ou en s'aidant du cystocope.

Contribution à l'étude des troubles de l'écriture chez les aphasiques, par M. J. Déjerine. — Les troubles de l'écriture s'observent fréquemment au cours des aphasies motrices ou sensorielles; ils en sont les compagnons habituels dans les formes vulgaires, banales, par lésions corticales; ils font défaut dans l'aphasie motrice sous-corticale; dans les variétés pures de cécité et de surdité verbales, relevant d'une lésion probablement sous-corticale (restriction faite, bien entendu, de l'acte de copier pour la cécité verbale pure, et de l'écriture sous dictée pour la surdité verbale pure).

Ces faits ne plaident pas en faveur d'un centre spécial de l'écriture. Les autopsies qui semblent plaider en faveur d'un centre spécial de l'écriture, localisé au pied de la deuxième circonvolution frontale ne sont pas nombreuses; dans deux cas seulement, l'observation de Bar (1878) et l'observation de Henschen (1890), la lésion est strictement limitée au pied de la deuxième frontale. Mais dans le premier cas, il s'agit d'une agraphie accompagnant une aphasie motrice, et, dans le second, on peut, par suite de l'existence concomitante d'une cécité verbale, soutenir que l'agraphie en dépendait.

Restent, pour soutenir l'hypothèse d'un centre spécial de l'écriture, les cas d'agraphie pure, isolée. Presque toujours il s'agit d'un reliquat d'aphasie motrice (Charcot, Pitres, Déjerine).

Comment, si on n'admet pas de centre de l'écriture, concevoir le mécanisme de l'agraphie?

Soit I le centre d'association des idées, en relation directe d'une part avec le centre A (circonvolution de Wernicke), centre des images auditives des mots, et d'autre part avec le centre B (circonvolution de Broca), centre moteur de l'articulation de la parole.

Ces deux centres A et B sont intimement reliés entre eux. En effet, dans le langage intérieur, nous pensons avec le langage parlé; en pensant, nous entendons les mots parlés et nous avons conscience des mouvements nécessaires pour les prononcer. Les cas où ce phénomène ne se produit pas sont extrêmement rares. Donc l'image auditive et l'image motrice sont intimement unies dans le langage intérieur, et c'est cette union qui constitue la notion du mot.

Ceci posé, voyons comment devient possible l'explication des phénomènes de la lecture et de l'écriture. V représente le centre visuel des mots, développé par l'éducation de l'œil P; ce centre est en communication directe avec A et B. Le centre V n'est donc pas en communication directe avec le centre d'idéation I; il n'y arrive que par l'intermédiaire des centres A et B. En effet, on ne lit pas directement, on lit en réveillant des images auditives, lesquelles images auditives réveillent le centre d'idéation. La preuve en est que, lorsque nous lisons, même mentalement, nous entendons les mots résonner à notre oreille, en même temps que nous avons conscience des mouvements nécessaires pour les prononcer; et chez bien des personnes, cela se traduit par un mouvement continu des lèvres.

Tel est le phénomène de la lecture. Voyons maintenant comment on peut expliquer celui de l'écriture. La chose est aisée à comprendre : les centres A et B, constituant par leur union la notion du mot, viennent actionner le centre visuel V et y réveillent l'image visuelle correspondante. Ce centre V actionne alors le centre moteur du membre supérieur D qui préside aux mouvements exécutés par la main M pour produire l'écriture.

Ces quelques notions résument, en peu de mots, ce que les recherches de ces dernières

années nous ont appris au sujet de la lecture et de l'écriture. Et, grâce au schéma précédent, il devient facile de comprendre bien des faits constatés par la clinique et dont nous parlions tout à l'heure.

Supposons, par exemple, une lésion sur la ligne P V, en un point quelconque de cette ligne.

Que va-t-il se passer?

La communication entre A-B V D et M subsiste; aussi l'écriture spontanée et l'écriture sous dictée sont conservées. Mais l'écriture copiée est devenue très défectueuse ou même impossible, parce qu'il y a interruption entre l'œil et le centre visuel des lettres. Ce sont là des troubles de l'écriture que l'on observe dans certaines formes de cécité verbale (cécité verbale pure).

Autre hypothèse : le centre V est absolument détruit : l'agraphie est totale.

Soit O l'oreille du sujet; supposons une lésion ou une ligne reliant O à A. Il y a surdité verbale pure; l'écriture sous dictée est supprimée, mais l'écriture spontanée et l'écriture copiée se sont conservées, parce que les lignes A-B V D M et P V D M sont restées intactes.

S'il y a destruction du centre A (surdité verbale corticale), non seulement le malade ne pourra pas écrire sous dictée, mais l'écriture spontanée sera altérée, et, du fait de la destruction du centre auditif des mots, il y aura de la paragraphie en écrivant, de la paraphasie en parlant. L'acte de copier sera seul conservé, voie P V D M.

Si le centre B (circonvolution de Broca) est détruit (aphasie motrice corticale), la faculté de copier sera seule conservée (P V D M intact), mais la notion du mot ayant plus ou moins disparue, l'écriture spontanée et celle sous dictée seront plus ou moins abolies. Si la lésion porte sur la voie B H (aphasie motrice sous-corticale), la notion du mot étant intacte, toutes les modalités de l'écriture seront conservées.

On peut encore opposer à l'hypothèse d'un centre graphique ce fait que l'agraphie est rarement complète, absolue. Or, comment supposer que la faculté de copier soit seule conservée s'il existe un centre graphique? Si ce centre est détruit, toutes les modalités de l'écriture devront l'être.

Examen bactériologique d'un cas de rhumatisme articulaire aigu; mort de rhumatisme cérébral, par M. Achalme. — Le rhumatisme cérébral n'était pas lié, dans ce cas, à une lésion anatomique du cerveau, non plus qu'à la localisation sur les centres nerveux d'un agent microbien : il était probablement le résultat d'une intoxication par les produits solubles d'un micro-organisme.

Les localisations cardiaques du rhumatisme (endocardite valvulaire, péricardite, myocardite) étaient dues au développement dans ce viscère d'un bacille anaérobie peu mobile.

L'infection était exclusivement localisée au cœur et on n'a pu retrouver le micro-organisme ni dans le sang des autres organes ni dans le liquide articulaire.

Note sur un nouveau signe électrique musculaire, par M. E. Doumer. — Dans deux cas de paralysie infantile présentant l'un une abolition complète d'excitabilité des muscles par les diverses applications électriques, l'autre une réaction de dégénérescence très nette, l'auteur a constaté que le *muscle excité de façon à ce qu'il fût traversé par le courant électrique dans toute sa longueur se contracte à la fermeture du courant, alors même que ce muscle a déjà perdu ou est sur le point de perdre son excitabilité aux divers procédés d'excitation.* Chez d'autres malades atteints de paralysie ne *donnant pas lieu à la réaction de dégénérescence*, et, chez l'homme sain, le muscle se contracte mieux lorsque le pôle actif est appliqué directement au point d'électrisation que lorsque le courant est appliqué de façon à traverser le muscle dans toute sa longueur.

COURRIER

Les hiéroglyphes médicaux. — Le ministre de l'intérieur d'Autriche a récemment pris un arrêté invitant les bourgmestres des communes à veiller strictement à ce que les

ordonnances des médecins exerçant dans leurs circonscription fussent écrites lisiblement; ils auront à s'assurer que ces prescriptions sont écrites clairement et lisiblement dans toutes leurs parties, de façon qu'il ne puisse y avoir aucune équivoque sur le remède ordonné, sa dose, et sur la signature de l'auteur. Nos confrères, ajoute le *Pharm. Journal*, remarqueront que, si le griffonnage des médecins autrichiens est aussi hiéroglyphique que celui de beaucoup de leurs collègues anglais, il est à craindre que beaucoup d'entre eux soient obligés de retourner à l'école pour y apprendre au moins à signer leur nom, de façon qu'on ne soit pas réduit, comme à présent, à les deviner tant bien que mal.

Si en France les prescriptions sont moins hiératiques, elles sont fort souvent hiéroglyphiques, du fait de l'écriture des médecins. Beaucoup devraient donc méditer ces sages conseils.

UN JUGEMENT DE LA COUR DE CASSATION D'AUTRICHE CONTRE UN MÉDECIN. — Le 25 février 1890, un petit garçon lança un grain de caroube dans l'oreille de la servante de la maison. Voyant qu'on ne pouvait le faire sortir, on appela le médecin de la commune, le docteur B... Après avoir vainement tenté de l'extraire à l'aide d'une pince, le médecin envoya chercher sa trousse et introduisit le stylet dans l'oreille, afin de se renseigner sur le siège du corps étranger. Cela fait, il chauffa l'instrument et fit courber sa pointe en forme de cuiller par un profane, fit tenir la malade par deux hommes et commença à opérer dans l'oreille avec son stylet modifié. La malade poussa des cris perçants et les deux hommes qui la tenaient entendirent tout à coup un bruit ressemblant à la rupture d'une corde métallique tendue. Le médecin avait rompu le tympan. Après cette manœuvre, on essaya tout pour guérir la malade, mais les médecins appelés déclarèrent que l'art médical était impuissant dans ce cas. La malade mourut le 17 mars dans des douleurs atroces.

L'autopsie et un rapport de la Faculté d'Inspruck (Tyrol) décidèrent le parquet à poursuivre le docteur B... d'après l'article 356 de la loi (faute d'un médecin par ignorance). On l'accusa d'avoir pratiqué une opération irréfléchie et maladroite, d'avoir employé un instrument défectueux, fabriqué par un profane, enfin d'avoir montré une ignorance médicale qui avait causé mort d'homme. Le jugement défendait au docteur B... d'exercer sa profession avant d'avoir de nouveau subi ses examens de doctorat.

La Cour de cassation confirma le verdict de la culpabilité, mais modifia la punition de la manière suivante : « Le docteur B... a le droit d'exercer la médecine comme par le passé, mais, s'il veut continuer à pratiquer la chirurgie, il doit subir de nouveaux examens dans cette branche, car, dans sa pratique médicale, l'accusé ne s'est pas rendu coupable. »

Il importe de citer encore un passage du rapport de la Faculté d'Inspruck : « La Faculté blâme qu'il existe encore des médecins n'ayant aucune notion de l'otologie; que cette branche de la médecine ne soit pas obligatoire dans les examens et que les étudiants soient forcés de payer de fortes sommes pour suivre un cours spécial d'otologie. Étant donné cet état de choses, il n'est pas étonnant qu'il y ait des docteurs qui ne sachent pas enlever un corps étranger de l'oreille. » (*Annales des maladies de l'oreille.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

REVUE D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

Moyens les plus usités en France et à l'étranger pour la provocation de l'accouchement prématuré (1).

L'excitateur de M. Tarnier est-il fidèle? Est-il dangereux?

Fidèle? Non. Plus fidèle qu'un autre procédé? Non encore. Dangereux? Non. C'est le plus inoffensif de tous les moyens, ce qui lui crée une indiscutable supériorité. Si le procédé ne nécessitait pas un instrument spécial, s'il réussissait toujours à provoquer le travail, et s'il le faisait marcher rapidement, ce serait la perfection; mais, trop souvent, les ballons éclatent, simple faute de fabrication ou imprudence de l'opérateur, qui ne dose pas le liquide à injecter, trop souvent aussi, c'est la faute de l'instrument lui-même. Un, deux, trois, quatre ballons placés successivement, ou même simultanément, comme je l'ai fait une fois, sont expulsés sans travail, ou après un début de travail qui rétrocède ensuite. Autrefois, on n'avait d'autre ressource que de placer un gros sac de Barnes. Maintenant, nous avons le gros ballon de M. Champetier de Ribes, c'est-à-dire un sac de Barnes singulièrement perfectionné.

Je dis que le ballon de M. Champetier est un sac de Barnes, parce qu'en définitive le principe est le même. Que voulait Barnes? Provoquer le travail en un temps donné et dilater les orifices suffisamment pour intervenir, si l'expulsion spontanée n'avait pas lieu. J'ai expliqué comment les instruments de Barnes ne réalisaient pas cette idée géniale. L'instrument de M. Champetier de Ribes la réalise. Il a construit un ballon à parois inextensibles dont, par conséquent, les dimensions sont exactement connues. Il lui a donné une forme conique pour qu'il force les orifices à la manière d'un coin, et la base du cône qui est expulsée dernière a le diamètre d'une tête de fœtus à terme.

Tel est le ballon de M. Champetier de Ribes. A vide et plié, il passerait à travers une grande bague. On voit qu'il conserve un assez gros volume. Pour l'introduire, on se sert d'une pince spéciale que je décrirai en deux mots à propos du manuel opératoire.

La femme étant mise en situation obstétricale et aseptisée, on introduit l'index dans le col utérin et on s'assure, si faire se peut, que les membranes se décollent. Au besoin, on décortique le segment inférieur de l'œuf. Le ballon, savonné, brossé, plongé pendant plusieurs heures dans une

(1) Suite et fin, — Voir le dernier numéro.

solution germicide qui n'altère pas le caoutchouc, a été roulé, ou plus exactement, plié dans sa longueur, et saisi dans les mors d'une longue pince à forcipressure, courbée suivant ses bords, démontable comme le forceps de Simpson. Elle est d'ailleurs, par sa forme, un forceps en miniature, sauf les manches, que l'on tient comme des ciseaux, ou des pinces, et qui sont munis d'anneaux pour le pouce et l'index. L'instrument ainsi monté est saisi par l'opérateur dans le bain phéniqué; il est conduit le long de l'index explorateur et doit pénétrer, sans effort, très profondémenl. On désarticule alors la pince, mais sans la retirer. Puis on injecte ou fait injecter par le tube qui termine le ballon, une quantité d'eau aseptique, déterminée à l'avance, et suffisante pour remplir exactement le ballon. Pendant le remplissage, le ballon, s'il est bien en place, s'élève, et l'on voit le tube monter dans le vagin. Au début de cette opération, on retire les branches de la pince l'une après l'autre, comme on retire les branches du forceps. Le ballon gonflé, on ferme le robinet du tube, et au-dessous de lui, on place une ligature de sûreté. Les précautions à prendre ensuite sont celles que j'ai déjà décrites à propos des autres procédés, lavages, injections, antisepsie.

Le procédé du docteur Champetier est-il fidèle? Oui. Plus fidèle qu'un autre procédé? Beaucoup plus. Il est très rare que le travail ne se déclare pas promptement, et on peut dire qu'il est toujours accéléré. Quand il fait mine de s'arrêter, c'est que le ballon n'appuie pas sur l'orifice, et il suffit de retirer environ 100 grammes d'eau pour que les douleurs renaissent. Dès que la dilatation progresse régulièrement, on injecte de nouveau les 100 grammes retirés, de façon que le ballon ait son diamètre maximum au moment où il franchira l'orifice. Cela est capital pour l'accouchement spontané ou pour l'intervention, puisque ce diamètre maximum est celui d'un orifice complètement dilaté.

Le procédé est-il dangereux? Non, à prendre ce mot dans son sens le plus grave; mais s'il a de très sérieux, d'indiscutables avantages, il a de gros inconvénients. Examinons les uns et les autres.

Le procédé de M. Champetier est l'application pratique de l'idée géniale de Barnes. Celui-ci en est le Papin, celui-là le Stephenson. M. Champetier a écrit que son ballon était fils de l'excitateur Tarnier. En réalité, il n'y a pas plus de similitude entre le dilatateur Champetier et l'excitateur Tarnier qu'entre ce dernier et les sacs de Barnes. L'un et l'autre sont des ballons de caoutchouc. Voilà toute la ressemblance; mais ni le but visé, ni les effets produits ne se ressemblent. Au contraire, qu'est-ce que Barnes se proposait? Produire, dans un temps donné et rapide, la dilatation complète de l'orifice utérin. Malheureusement, les instruments de sa fabrication, les sacs-violons, sont mal construits. Que se propose le docteur Champetier? Exactement ce que Barnes se proposait, et il a trouvé moyen de construire un ballon qui, par son irréductibilité et son inextensibilité, permet d'obtenir à coup sûr une dilatation complète ou presque complète. De plus, par sa forme allongée et conique, en poire, pour tout dire en un mot, il travaille comme la poche des eaux, puis comme la tête du fœtus. M. Champetier a, du reste, fort bien dit lui-même : « Mon ballon représente la tête d'un premier fœtus dans l'accouchement gémellaire. » M. Champetier a donc réussi à faire ce que Barnes avait tenté; et le plus gros inconvénient de son ballon est aussi, précisément, le gros inconvénient des sacs-violons anglais. Que reprochait-on chez nous aux sacs de Barnes? Le déplacement

de la région fœtale; et, à cause de cela, on hésitait à se servir des sacs. Que reprocher au ballon de M. Champetier? La même chose, et on s'en sert quand même. C'est que les sacs de Barnes avaient, en outre, l'inconvénient, par leur mauvaise construction, de conduire à un insuccès, tandis que le ballon de M. Champetier a toujours atteint jusqu'à présent, à ma connaissance, le but visé : provocation à coup sûr et rapide de l'accouchement. On passe alors par-dessus le danger du déplacement de la région fœtale toutes les fois que l'intérêt de la mère autorise à exposer le fœtus.

En somme, la supériorité de l'instrument de M. Champetier se traduit en trois mots : dilatation rapide, infaillible, toutes les fois qu'on s'en sert judicieusement en bon praticien et que l'instrument ne trahit pas, ce qui m'est arrivé une fois. Le ballon distilla son eau par une ligature mal serrée. C'est un grand service rendu aux femmes. Plus d'atermoiements, plus de ballons qui crèvent, plus d'accouchements qui traînent pendant trois, quatre, cinq jours, et même plus. On sait quel est l'inconvénient de ces labeurs prolongés pour la mère et l'enfant. Et quel service inappréciable cet instrument peut rendre lorsque le fœtus est mort, les membranes rompues et les contractions nulles, ou quand le placenta est emprisonné dans un utérus dont la porte est close, mais encore ouvrable! Voilà deux exemples des avantages. Ils ont leur prix.

L'inconvénient que j'ai signalé, et dont personne ne fait mystère, l'inventeur, tout le premier, est fort sérieux. Déplacer la région fœtale, substituer à une bonne présentation, une mauvaise, qui ne pourra, dans bien des cas, être corrigée que par une intervention manuelle interne, nullement redoutée d'un accoucheur de profession, mais bien d'un praticien plus timide et moins exercé, et qui peut avoir même entre les mains du plus expérimenté une issue néfaste pour le fœtus, c'est, à n'en pas douter, un gros achoppement à la méthode. Elle en a d'autres. D'abord, il faut un outillage spécial, et le dilatateur Champetier exige l'excitateur Tarnier, car, dans certains cas, en particulier chez les primipares, il ne peut être placé d'emblée. Ensuite, il rompt assez facilement les membranes. Cependant, il convient de dire que l'inconvénient (qui existe toujours, n'en déplaise à l'auteur) est moindre qu'à la suite des autres procédés, parce que le ballon volumineux fait bouchon et s'oppose à la sortie du liquide amniotique. Ensuite, le ballon ne peut être employé quand la région fœtale est profondément engagée et non mobilisable, cas très rare, il est vrai, dans la provocation du travail; mais enfin il serait utile d'avoir un instrument qui dilate l'orifice et accélère un travail paresseux, la tête étant au fonds du pelvis. Le principal obstacle à la vulgarisation du procédé, c'est l'effroi secret qu'il cause. Il fait peur comme le céphalotribe de Baudelocque faisait peur aux étrangers qui opposèrent à ce formidable engin (c'est le mot) leur petit cranioclaste. L'instrument de M. Champetier n'est pas un formidable engin; mais, même à vide, plié, malgré la rassurante image de son auteur, qui le fait passer dans une bague, il effraie. Notez que la pince ne le diminue pas, le rend rigide, et qu'alors il ne passerait même plus dans l'alliance d'un géant. Gonflé, il effraie plus encore (je parle toujours des accoucheurs qui ne vont pas chaque semaine au feu; mais c'est la grande majorité). On se demande si cette *tête de premier fœtus,* qu'on se dispose à loger en avant de l'autre, dans un organe dont on ne connaît pas le degré d'extensibilité, ne pourrait pas causer quelque désordre maternel grave, tel que la rupture de l'utérus ou le décollement du placenta. Je répondrai, dans

ma prochaine revue, par les statistiques aux hésitations des timorés. *Jusqu'à présent*, l'expérience ne les justifie pas et les bienfaits de la méthode sont tels, qu'ils font passer par-dessus ses inconvénients ; mais, je le répète, l'aspect de l'instrument, l'impression qu'il produit s'opposeront, je crois, à sa vulgarisation.

M. Tarnier a tenté de construire un dilatateur irréprochable, c'est-à-dire un instrument qui ne déplacerait pas la région fœtale, comme les sacs de Barnes ou la poire de Champetier, qui provoquerait, à coup sûr et rapidement, le travail, ce que ne fait pas l'excitateur, et dont la mise en place ne serait ni effrayante, ni malaisée, ni dangereuse. Ce dilatateur est en fer. Il a trois branches, très longues. Ces branches sont terminées par des spatules coudées, larges de 2 centimètres environ et longues de 3. Les branches s'articulent ensemble, et l'une d'elles glisse dans la mortaise, si bien que cette spatule peut se trouver plus élevée que les deux autres. On reconnaît là l'observateur, le clinicien qui sait que les lèvres de l'orifice utérin ne sont pas sur un plan horizontal, mais oblique, et que la lèvre postérieure est la plus élevée. En théorie, il paraît donc nécessaire de laisser à l'une des spatules la liberté de remonter. En pratique, je ne sais. Des cercles de caoutchouc enfilés sur les manches du dilatateur tendent sans cesse à les rapprocher et, par conséquent, à écarter les spatules.

Tel est l'instrument. Tel est son mécanisme. Je ne puis le juger, ne l'ayant employé qu'une fois. Je dirai ce que j'ai observé dans ce cas. C'est le seul procédé qui m'ait donné un résultat. Le ballon Champetier n'était pas applicable sans déplacer la région fœtale, et je n'y étais pas autorisé, l'indication du travail provoqué étant relative et non absolue. Il s'agissait d'une femme déchirée à plusieurs accouchements antérieurs par des enfants volumineux. Ni la sonde de Krauss, ni l'excitateur Tarnier (j'en plaçai jusqu'à trois à la fois) n'éveillèrent les contractions. Le dilatateur ou écarteur Tarnier provoqua quelques douleurs et ouvrit le col notablement, puis le travail, si l'on peut appeler ainsi une sorte de dilatation passive, s'arrêta. L'instrument a été bien supporté, parce que la femme avait grand désir d'être délivrée; mais il oblige à la situation obstétricale permanente, à cause des manches qui sortent de la vulve et sont dirigés en bas. L'ancien lit de misère avec le siège au bord d'un matelas haut et dur serait utile en pareil cas. Il faut que les manches soient libres pour la bonne direction et l'utile action de l'écarteur. Cet instrument agit sur trois points seulement de l'orifice, et, dans le cas observé par moi, ce n'était pas les spatules qui dilataient, c'étaient, après une heure environ d'application, les tiges rondes des trois branches, parce que la région fœtale, profondément engagée au début de l'opération, remontait et que l'instrument la suivait.

La rupture prématurée des membranes, que j'ai rangée parmi les moyens de provocation usités, ne l'est guère qu'à l'étranger comme procédé de choix. Pour les accoucheurs français, c'est un procédé de nécessité qui doit être réservé aux cas d'hydramnios, dans lesquels une dyspnée intense menace à bref délai les jours de la mère, et lorsqu'il n'y a pas intérêt à tenter une prolongation de vie intra-utérine par la ponction évacuatrice faite à l'aide d'un trocart dans le segment supérieur de l'utérus, à travers les parois abdominales. Elle rend un service signalé dans le cas d'insertion vicieuse du placenta, mais alors le but de l'opération est l'arrêt des hémorrhagies et non la provocation du travail.

Nous examinerons, dans la prochaine *Revue*, les statistiques de l'accouchement provoqué d'après les travaux français et étrangers.

Dr H. STAPFER.

REVUE DES CLINIQUES

Traitement hypodermique de la syphilis, par le professeur NEUMANN (de Vienne) (1). — Nous sommes à même de décider, aujourd'hui, quels sont les avantages et les inconvénients de la méthode hypodermique dans le traitement de la syphilis, comparée aux autres méthodes, spécialement à celle des frictions. Les combinaisons mercurielles en usage sont, on le sait, employées en solution ou en suspension à l'état de fine division. On a reconnu dernièrement une moindre valeur aux préparations solubles : elles sont résorbées et éliminées trop rapidement pour produire un effet durable. En outre, la dysenterie, la diphthérie de la muqueuse intestinale, de même que les affections de la rate, des reins et du foie constatées par Liebreich, après des injections au sublimé, furent attribuées à l'usage d'injections solubles, par conséquent de résorption facile.

Aussi, quelques spécialistes donnent-ils, à présent, la préférence aux composés tenus en suspension, dont la résorption est plus difficile et demande plus de temps. L'injection de ces derniers introduit dans les tissus une provision, pour ainsi dire, qui se résorbe peu à peu. Cette méthode, est de plus, commode, d'un emploi facile, recommandable aussi pour la pratique privée.

Au sujet des injections sous-cutanées, voici ce que disait Köbner à la Société de médecine de Berlin : « Nous n'avons jusqu'ici, aucune preuve convaincante qu'elles donnent de meilleurs résultats pour la guérison des individus et la santé de leurs descendants, que la vieille méthode et je ne crois pas que les injections, comme méthode générale de traitement aient jamais la stabilité de notre ancien traitement par les frictions. » Smirnoff fait remarquer que le médecin n'a aucune action sur la résorption des préparations insolubles, qu'il ne peut pas la limiter : il faut surtout des précautions chez les anémiques et les scrofuleux. Il est possible, même, que de temps à autre l'injection pénètre directement dans le sang et produise de cette manière une intoxication. Kraus vit, après deux injections seulement, avec 10 centigrammes de calomel, une infiltration diphthéritique du gros intestin, qui amena la perforation de l'S iliaque et une péritonite, outre une stomatite ulcéreuse; bref, les symptômes d'un empoisonnement mercuriel des plus graves se présentèrent. Kaposi eut un cas suivi de mort après une injection d'huile grise. Nous-même avons vu éclater une dysenterie intense après trois injections de calomel, tandis que de nombreuses injections faites à d'autres malades en observant les précautions antiseptiques les plus minutieuses n'ont absolument rien présenté qui ressemblât à une intoxication.

De tout ceci, il résulte que l'injection de substances insolubles demande plus de précautions au point de vue de la pureté et des doses : une fois le médicament introduit, nous ne pouvons pas apprécier en quel temps et en quelle quantité il parviendra dans la circulation.

Les partisans de la méthode hypodermique ne lui trouvent pas peu d'avantages. Avant tout, sa propreté, sa facile application qui l'indiquent de prime abord pour la clinique ambulatoire; la précision du dosage et, par-dessus tout, la petitesse des doses suffisantes pour faire disparaître les symptômes syphilitiques. Ce que nous disons ne s'applique qu'aux combinaisons solubles; les insolubles n'offrant pas cette précision qui permet de mesurer exactement la dose résorbée. La supposition que l'injection de préparations insolubles fournit graduellement le mercure à l'organisme, et le met ainsi à l'abri d'une intoxication imprévue ne se soutient pas, car on possède des observations démontrant que les symptômes graves d'intoxication peuvent se produire déjà après peu d'injections.

Il faut ajouter que cette introduction de substances insolubles donne lieu à des infil-

(1) D'après la *Gazette médicale de Liège*.

trations locales, avec l'huile grise toujours, avec le calomel très souvent. La suppuration de ces infiltrations ne peut pas toujours être évitée, malgré l'antisepsie la plus méticuleuse. Mais ces inconvénients ne viendraient pas en ligne de compte si l'éclatante efficacité de cette méthode était hors de doute.

Malheureusement, le nombre écrasant d'observations à ma clinique, donne la preuve immédiate que la méthode hypodermique est, sans exception, suivie de récidive, désavantage qu'elle partage d'ailleurs avec d'autres méthodes curatives.

Une chose est ici à considérer. Pour pouvoir juger de l'intensité d'action des diverses méthodes antisyphilitiques, le mieux est de les essayer comme cure préventive, c'est-à-dire d'introduire le médicament dans une sclérose bien développée avant l'apparition de la syphilis constitutionnelle, cela va sans dire. Si le moyen employé jouit d'une activité suffisante, la sortie de l'exanthème et le gonflement des glandes lymphatiques peuvent être empêchés pendant des mois. L'époque et l'intensité de la récidive nous éclairent sur la valeur du moyen employé. Ces essais ont toujours permis de constater que les injections solubles ou insolubles ne sont pas capables d'enrayer les symptômes constitutionnels : ce qu'on obtient toujours à la suite des frictions.

Cependant, malgré ces desiderata, le traitement hypodermique de la syphilis se justifie et doit être considéré comme un progrès important dans la thérapeutique. Il est tout indiqué, à la clinique ambulatoire, contre les récidives légères ; il est indispensable en cas de récidives intermittentes chroniques. Il offre la possibilité d'introduire le mercure directement dans les tissus sans passer par les ouvertures de la peau (follicules pileux, glandes sudoripares). Il sera donc de bonne ressource, lorsque les follicules de la peau seront modifiées par les anomalies congénitales ou accidentelles ne permettant pas la pénétration du mercure : par exemple dans l'athrepsie, chez les individus qui, par suite de variole ou d'affections cutanées, présentent des modifications cicatricielles des téguments ; il en sera de même dans le prurigo, l'ichthyose, le psoriasis vulgaire, l'eczéma aigu ou chronique ; les affections cutanées, dans lesquelles les glomérules sudoripares et les glandes cérumineuses sont obstruées par des bouchons épidermiques durcis ne permettant pas l'emploi de la méthode endermique. Dans la peau des vieillards également, la pénétration du mercure est minime ; le tégument a subi une métamorphose regressive ; le tissu cellulaire et le corps papillaire sont atrophiés ; les follicules pileux, en grande partie raccourcis, remplis de cellules durcies et de sebum ; les glandes sudoripares et les cérumineuses renferment des cellules de l'épiderme. Aussi, chez les vieillards, les frictions démandent-elles autant de mois que de semaines chez les jeunes gens, pour faire disparaître les manifestations de la syphilis. Dans tous les cas ci-dessus, le traitement hypodermique trouve son indication.

Mais après avoir injecté près de 500 syphilitiques à la clinique, un nombre considérable dans la pratique privée, nous nous croyons en droit d'affirmer que ni les injections avec des substances solubles ni celles avec des insolubles ne sont en état d'empêcher la récidive de la syphilis. Employées préventivement, elles purent retarder de quelques semaines à peine les symptômes constitutionnels et pas une fois le gonflement des ganglions. De peu d'efficacité dans les formes graves, surtout la syphilis cérébrale. La rétinite et l'iritis ne furent pas sérieusement améliorées par l'injection et nous dûmes avoir recours aux frictions.

Reste encore à savoir, quelles sont les préparations auxquelles on donnera la préférence : aux solubles ou aux insolubles et quelle est celle dont on retirera le plus de bénéfices.

Au point de vue chimique, on préférera les substances solubles, elles pénètrent promptement dans la circulation avec un minimum de réaction. Au point de vue clinique, elles ont le désavantage d'exiger un plus grand nombre d'injections : au moins le quadruple des substances insolubles. L'objection que les substances solubles traversent trop rapidement l'organisme, qu'elles n'ont pas le temps d'agir, n'est guère plausible. Au contraire, les substances plus promptement absorbées arrivent plus vite au siège du virus et agissent ainsi plus vite sur lui. Les substances insolubles ne peuvent pénétrer dans la circulation qu'à l'état de solution et l'on eût été en droit de leur faire le même reproche.

Il y a une question qui n'est pas résolue, celle de la persistance après plusieurs mois, au sein de l'organisme, du médicament injecté et de la continuation de son action.

Arrivons, maintenant, aux préparations que nous voulons examiner, au point de vue général seulement. Les solutions des mélanges de chlorure de sodium et de sublimé, de peptonate de mercure, de bicyanate, parmi les plus recommandées, jouissent de la meilleure réputation.

Contre toutes, on peut objecter que, malgré leur efficacité, le nombre d'injections nécessaires dans chaque cas est bien considérable, 20 à 40. Les substances insolubles produisent autant d'effet avec beaucoup moins d'injections. Elles ont un côté obscur, le quantum de mercure résorbé est variable; variable par conséquent est le degré d'activité du remède. Le mercure non résorbé s'accumule dans le corps pour pénétrer en quantité non déterminée dans la circulation, d'où le danger d'une intoxication. Toutefois, hormis la salivation et une légère diarrhée dans certains cas, nous n'avons jusqu'à présent constaté aucun symptôme d'intoxication grave. La publication de cas funestes nous invite quand même à la prudence.

L'injection avec des préparations insolubles a, nous l'avons déjà dit, l'avantage, qui n'est pas à dédaigner, de devoir être répétée tous les cinq jours seulement, car elles forment un dépôt d'où le mercure passe peu à peu dans la circulation pour agir graduellement, sans interruption, sur la syphilis, maladie chronique par excellence.

L'expérience n'a pas confirmé la supposition que les récidives sont nombreuses dans cette méthode et qu'elles arrivent même où les infiltrations des injections précédentes montrent que les dépôts mercuriels sont encore présents.

Pour se rendre compte de la valeur des substances insolubles dans la méthode hypodermique, il faut considérer :

1° Le nombre d'injections nécessaires pour faire disparaître les symptômes syphilitiques;

2° La quantité de mercure reçue par le malade à chaque injection;

3° Quels sont les mélanges qui provoquent le plus ou moins de réaction locale;

4° Quels sont ceux à recommander sans crainte, même au médecin peu exercé;

5° Quels sont ceux qui exigent le moins de précautions dans leur préparation et qu'on peut se procurer partout;

6° Quels sont enfin le moins sujets à produire des symptômes généraux d'intoxication.

Partant de ce point de vue, lorsqu'on voudra se servir de substances insolubles, on n'hésitera pas dans le choix du remède. Le *thymolate*, le *salicylate de mercure* et l'*oxyde jaune* n'occasionnent, en règle générale, ni douleurs ni infiltrations et résistent à la décomposition. Il n'y a pas de précautions spéciales à observer dans leur emploi; 6 à 10 injections suffisent pour faire disparaître les symptômes présents.

L'iodoforme doit être injecté un grand nombre de fois; il rendrait les récidives plus rares et ferait disparaître rapidement les douleurs ostéocopes.

Le calomel et l'huile grise produisent des nodosités au point d'introduction. Ils n'ont aucun avantage sur les moyens usités plus haut et restent bien au-dessous des frictions pour l'efficacité.

Parmi les substances insolubles, le thymolate de mercure est la meilleure.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 septembre 1891. — Présidence de M. Tarnier.

La correspondance comprend :

1° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Chaput;

2° Un pli cacheté de M. Someil sur le traitement de la tuberculose laryngée.

M. Larrey trouve que l'on fait abus du dépôt de plis cachetés qui, ainsi que le dit M. Chatain, peuvent encombrer la bibliothèque.

M. le Président reconnaît qu'il y a peut-être un abus et espère que, les désirs de M. Larrey étant reproduits par la presse, les auteurs ne déposeront que des travaux de valeur.

— M. Hardy, pendant qu'il était médecin de Saint-Louis, a remarqué que l'eczéma grave était très répandu chez les juifs. Ce doit être à cause de cette prédisposition aux affections cutanées que Moïse a défendu aux juifs de manger du porc. En général, les juifs sont intelligents, libéraux et élèvent fort bien leurs enfants; actuellement, un grand nombre des leurs sont officiers et beaucoup sont des hommes très distingués.

Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections hypodermiques d'aristol. — M. Hérard lit un rapport sur un travail de M. Nadaud relatif à ce sujet. Les injections ont été faites avec la solution suivante :

Huile d'amandes douces stérilisée....	100 c. c.
Aristol...........................	1 centigr.

La dose quotidienne est de 1 c. c. par jour, la dose maxima de 3 c. c.

23 malades atteints de lésions tuberculeuses des poumons furent traités par les injections d'aristol sans aucune autre médication.

Dans 7 cas, l'amélioration a été telle, qu'on pourrait croire à une guérison complète. Cette amélioration se maintient depuis trois et quatre mois, la durée du traitement a varié entre vingt-cinq et trente jours.

Dans 5 cas, après une amélioration rapide, on vit dans le mois qui avait suivi la cessation du traitement reparaître quelques accidents qui nécessitèrent une seconde série d'injections. Généralement, la rechute a été peu grave et tous les malades de cette catégorie ont repris leurs occupations actuelles; chez aucun d'eux, on n'a été obligé de recourir à une troisième série d'injections.

Trois sujets, présentant de vastes cavernes pulmonaires, n'ont aucunement été influencés par l'aristol, pas plus dans leur état général que dans les manifestations pulmonaires.

Deux des malades sont morts au cours du traitement, l'un de diphthérie, l'autre de péritonite tuberculeuse. Enfin, six sont encore en traitement et présentent pour la plupart une amélioration sensible.

M. Nadaud termine son mémoire par les conclusions suivantes :

1° L'aristol, introduit dans l'économie par la voie hypodermique, n'est aucunement toxique;

2° L'élimination se fait en grande partie par la respiration;

3° L'aristol agit comme antiseptique et comme modificateur de la nutrition;

4° Les effets sont très prompts et commencent à s'accuser dès le sixième ou septième jour du traitement par une diminution de la toux et la suppression des sueurs nocturnes;

5° Après vingt à vingt-cinq jours de traitement, on constate ordinairement une augmentation de poids du malade;

6° C'est au 1er et au 2e degré de la maladie que les injections d'aristol sont utiles; lorsqu'il existe des cavernes et que l'expectoration est purulente, leurs effets sont nuls ou peu marqués;

7° L'injection d'aristol ne produit aucune inflammation de la peau dans le lieu où la piqûre est pratiquée, point d'abcès, point d'escharre, point d'induration. Elle est peu douloureuse.

A priori, la médication préconisée par M. Nadaud est rationnelle, puisque l'aristol, *thymol bi-iodé, bi-iodure de dithymol,* est un corps composé de substances éminemment antiseptiques. Toutefois, pour passer dans le domaine de la pratique, les faits qui servent de base au mémoire précité ont besoin d'être contrôlés par d'autres expérimentateurs.

Hystérectomie abdominale pour fibrome utérin. — M. Guermonprez rappelle qu'en 1890 M. G. Richelot a présenté à la Société de chirurgie un rapport sur les médications de l'hystérectomie vaginale et l'hystérectomie abdominale dirigées contre les gros fibromes;

toujours il laisse une portion plus ou moins grande du col. Il cite ensuite les observations de MM. Pozzi, Terrillon, Bouilly.

M. Guermonprez a fait l'hystérectomie totale abdominale dans un cas de volumineux fibrome hémorrhagique chez une femme de 36 ans. Après section du ligament large jusqu'à l'artère utérine, on incise les culs-de-sac du péritoine, puis on décolle la vessie avec le doigt pour bien dénuder la lèvre antérieure du col.

Lorsqu'il se crut assez proche du museau de tanche, le chirurgien fit une incision longitudinale et médiane, dans une étendue d'un centimètre seulement; son bistouri parvint dans la cavité du vagin; il introduisit une solide sonde cannelée dans le trajet obtenu, et en fit immédiatement l'achèvement en poussant l'instrument directement d'avant en arrière jusque dans le cul-de-sac de Douglas. Une pince-clamp fut placée à droite, une à gauche, et immédiatement toute la masse fut excisée.

Le toucher vaginal prouvait qu'il restait encore une très courte portion du col.

La même incision fut recommencée plus bas, longitudinale et médiane : elle fut beaucoup plus facilement obtenue et tout le reste du col enlevé. Les annexes furent ensuite enlevées à droite et à gauche, selon la façon habituelle, et on bourra le vagin de gaze iodoformée.

La malade guérit sans complications.

SOCIÉTÉS SAVANTES DES DÉPARTEMENTS

SOCIÉTÉS DE MÉDECINE DE LYON (1er semestre 1891).

Danger de l'emploi des solutions de sublimé à dose élevée dans l'ophthalmie purulente des nouveau-nés. — M. le docteur GRANDCLÉMENT : On connaît le traitement classique adopté pour l'ophthalmie purulente des nouveau-nés et qui repose sur l'emploi du nitrate d'argent. Ce sel est le spécifique du gonocoque. Toutes les douze heures on cautérise les paupières avec une solution de 1, 2, 3 grammes p. 100 suivant le cas.

A la suite de cette intervention, un coup de fouet se produit et les paupières se tuméfient davantage. Mais, au bout de douze heures, cette inflammation réactionnelle tombe et l'on renouvelle la cautérisation. On joint, à l'usage du nitrate d'argent, des lavages antiseptiques au tannin, à l'acide borique, au sublimé, toutes les heures ou toutes les deux heures. Le titrage de la solution de sublimé ordinairement formulé est de 1 millième.

Il y a trois mois, M. le docteur Grandclément eut l'occasion de constater les dangers des solutions à titrage plus élevé. Cinq à six heures après un accouchement, un médecin, effrayé par l'apparition d'un peu de muco-pus aux angles des yeux du nouveau-né, cautérisa les paupières au nitrate d'argent et ordonna des lavages au sublimé de 1/250 gr.

Une inflammation violente succéda à ces manœuvres, et M. Grandclément fut appelé en consultation. Ce dernier recueillit du pus et le soumit à l'analyse microscopique avec l'aide de M. le docteur Erau.l. Il n'y avait aucun gonocoque, et il s'agissait d'une conjonctivite purulente simple, résultant des cautérisations intempestives.

Les cornées du petit malades étaient opaques, grenues, avaient la teinte pierre à fusil. On cessa tout traitement énergique pour s'en tenir à des lotions émollientes. A l'heure actuelle, une des cornées a récupéré à peu près sa transparence; l'autre, au contraire, reste encore très louche.

De ce fait et d'un cas que lui a signalé un confrère autorisé, où une solution de sublimé au millième avait déterminé sur les cornées d'un enfant une réaction inquiétante, M. Grandclément conclut que l'usage des collyres de sublimé à doses élevées est dangereux. Cet agent thérapeutique doit être manié avec prudence et il semble que certains enfants aient à son égard une susceptibilité particulière. L'auteur ajoute que l'on prend assez souvent des conjonctivites simples muco-purulentes pour de vraies conjonctivites purulentes. Afin d'éviter ces méprises, on aura soin de rechercher la présence du gonocoque.

Résection pour une ankylose osseuse du maxillaire inférieur. — M. OLLIER fait une communication sur l'ankylose osseuse du maxillaire inférieur, et présente une malade qu'il a opéré de cette affection. Il ne s'agit pas de l'ankylose par rétraction cicatricielle pour laquelle les procédés d'ostéotomie de Rizzoli et d'Esmarch ont donné de bons résultats, mais d'une variété bien plus rare de la soudure osseuse temporo-maxillaire.

Dès 1850, Richet, dans une thèse de concours, propose la section du condyle pour des cas semblables. Humphry (de Cambridge) paraît être le premier qui ait exécuté cette opération; il réséqua une portion de condyle. Depuis lors, à l'étranger, cette conduite fut imitée plusieurs fois, et l'on eut même occasion d'intervenir pour des ankyloses bilatérales. En France, l'auteur ne connaît aucun fait publié.

La malade est une jeune fille de 16 ans ayant eu, à l'âge de 8 ans, une scarlatine suivie d'une suppuration dans la région temporo-malaire gauche. L'abcès se cicatrisa sans issue de séquestres, mais il persista depuis lors une rétraction très accusée des mâchoires. A son entrée à l'Hôtel-Dieu, on constatait que l'écartement maximum des rebords dentaires était de 3 millimètres. Sous l'anesthésie ou quand la malade exagérait les efforts, l'écartement augmentait de 4 millimètres. Ainsi qu'on le vit par les détails de l'opération, ce résultat n'était pas dû au phénomène de laxité articulaire, mais, point très intéressant pour le diagnostic, à la flexibilité du maxillaire.

Les procédés classiques de dilatation progressive ayant échoué, M. Ollier exécuta l'opération suivante au commencement de novembre 1890. Une première incision fut tracée, parallèle à l'organe zygomatique gauche et à quelques millimètres au-dessous d'elle. De la lèvre inférieure de cette première incision, et pour donner un débridement suffisant, on en traça une seconde, dans le sens vertical, de 3 centimètres à peu près.

La forme générale de l'incision fut celle d'un T. L'opérateur s'occupa aussitôt de rechercher la branche du nerf facial, la dégagea et la confia à un aide chargé de la maintenir écartée sans trop de tiraillements. La gravité fonctionnelle de la section de ce nerf oblige à considérer comme un précepte formel la nécessité de sa recherche immédiate. On n'attaquera l'ankylose que lorsque le facial aura été découvert et mis à l'abri de toute atteinte. Le nerf se divise à ce niveau en deux branches, temporo-faciale et cervico-faciale. C'est la première surtout qui risque d'être blessée. D'après Farabeuf le facial est à 17 millimètres au-dessous de l'interligne, mais il y a des variations grandes, et, dans le cas particulier, il se trouvait plus rapproché : à 13 millimètres en moyenne.

Le nerf écarté, M. Ollier mit à nu le condyle et constata que l'ankylose était osseuse. Il n'y avait aucune trace d'interligne, mais des coudées osseuses réunissant et fusionnant le condyle à la base du crâne. L'écartement maximum des rebords dentaires obtenu dans les examens préparatoires semblait devoir faire admettre la conservation d'un peu de laxité articulaire, et, par conséquent, une ankylose fibreuse. Il n'en était rien, l'ankylose était absolument osseuse, et la flexibilité même du maxillaire, agissant comme une côte fixée à l'une de ses extrémités, peut seule expliquer ce phénomène.

Le condyle fut sectionné par excision parcellaire au davier-gouge. Il faut, à ce moment, ne pas oublier les rapports de la maxillaire interne avec le condyle et procéder doucement. En allant ainsi peu à peu, M. Ollier pratiqua non pas une simple ostéotomie, mais une résection portant sur 25 millimètres au moins de hauteur d'os. Il supprima le périoste et trouvant que l'apophyse caronoïde gênait l'abaissement du maxillaire, il l'enleva également. Ces ablations larges sont indiquées, si l'on veut éviter des récidives. L'écartement obtenu après ces interventions fut de 4 centimètres.

Suites opératoires très simples, mais apparition des phénomènes intéressants du côté du facial. Dès le lendemain, on constatait un peu de paresse des paupières gauches; deux jours après, une difficulté plus grande encore à les mouvoir; au bout de quatre à cinq jours, enfin, malgré tous ses efforts, la malade ne parvenait plus à les fermer. On assiste donc à l'évolution d'une parésie progressive, que les tiraillements exercés sur le facial pendant l'opération expliquent bien. Aujourd'hui, la régénération s'est faite en partie; la parésie est moins accusée, mais n'a pas cependant tout à fait disparu. La malade écarte les mâchoires de 25 millimètres, mais elle gagnera davantage par des exercices d'assouplissement et l'emploi d'écarteurs progressifs.

M. Ollier termine en insistant sur certains points de sa communication, tels que l'in-

dication de recourir à une résection vraie et non à l'ostéotomie, d'enlever le périoste, si on veut éviter la régénération de l'ankylose. Les muscles de la mâchoire ne s'étaient pas atrophiés, ils se durcissaient sous le doigt; la flexibilité de l'os, en permettant un peu de mouvement, les avait maintenus en un état d'intégrité suffisante.

Ampoules de chlorure d'éthyle pour l'anesthésie locale. — M. Ferrand appelle l'attention sur le chlorure *d'éthyle*. Il est liquide et bout à + 10°; aussi se volatilise-t-il vivement sous la simple chaleur de la main, alors que l'éther n'entre en ébullition qu'à + 35° et l'amyline à + 39°.

De là l'idée ingénieuse de M. P. Monnet (de Lyon), qui a résolu à la fois le problème d'une fabrication en grand non seulement en vase clos, mais sous une pression de 18 atmosphères, et, d'autre part, le moyen pratique d'emprisonner ce liquide très volatil dans de petites ampoules de verre de 10 gr. de capacité, fermées et terminées par un tube capillaire que l'on brise au moment de l'emploi. Le jet de sa vaporisation sur la boule du thermomètre fait descendre ce dernier à — 30°, et le contenu d'une ampoule suffit pour obtenir cet abaissement de température.

Pour s'en servir, on tient l'ampoule verticalement, on casse l'extrémité du tube effilé, et on obtient, avec la chaleur seule de la main, une vaporisation constante ou jet de 20 centimètres que l'on dirige horizontalement sur la partie à insensibiliser; cette distance est nécessaire et la plus convenable pour obtenir l'effet voulu, c'est-à-dire un froid de 30°. La surface à atteindre doit être asséchée et peut être utilement lubrifiée au préalable avec huile, glycérine ou vaseline. On peut suspendre le fonctionnement en appliquant sur l'orifice la pression du doigt ou la pénétration dans un petit disque de liège. Les propriétés de ce corps permettent de l'employer efficacement et sans danger; notons, toutefois, que sa vapeur est inflammable et qu'il convient de ne l'employer qu'à distance des lumières. Non seulement c'est là un moyen très commode pour la pratique de la petite chirurgie : ouverture d'abcès, extraction de dents, d'ongle incarné, etc., mais encore c'est une grande ressource pour calmer immédiatement des douleurs vives de névralgies faciales, intercostales avec zona, etc.

Myocardite interstitielle. — D'après M. Bard, il existe des myocardites interstitielles primitives, distinctes des myocardites secondaires aux lésions des reins ou des vaisseaux. Les lésions du myocarde peuvent reconnaître pour cause toutes les intoxications et les affections sclérosantes, parmi lesquelles il faut citer le rhumatisme, l'alcoolisme, la syphilis et la tuberculose.

Ces myocardites, d'abord silencieuses pendant une période de latence, se révèlent ensuite par des phases d'asystolie. Celle-ci ne s'accompagne pas de souffle cardiaque, à moins qu'il ne s'agisse d'un souffle d'insuffisance relative. L'arythmie, dans ces cas, est caractérisée par des salves irrégulières de battements précipités. Au point de vue clinique, les malades sont des cardiaques, et c'est la marche de la maladie qui permettra de distinguer la nature de la lésion. *(A suivre.)*

Thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Lille pendant l'année scolaire 1890-1891.

M. Dechy : Du *genu recurvatum* congénital ou luxation congénitale du tibia en avant. — M. Lefort : La topographie cranio-cérébrale. Applications chirurgicales. — M. Pruvost : De la mydriase essentielle. — M. Dubiquet : De la réceptivité et de l'immunité vis-à-vis de la vaccine. — M. Gosselet : Contribution à l'étude de la polynévrite à forme de paralysie générale spinale antérieure subaiguë et rapide. — M. Vanhersecke : La morphologie des circonvolutions cérébrales (origine, développement, valeur morphologique, physiologique médicale des plis corticaux du cerveau). — M. Taccoen : De la ténotomie à ciel ouvert dans le traitement du torticolis musculaire chronique. — M. Demay : Etude clinique du phlegmon traumatique de l'orbite. — M. Labalette : Les veines de la tête et du cou (système de la veine-cave supérieure). Applications physiologiques et médico-chirurgicales. — M. Bichet : De la microphthalmie congénitale. — M. Ber-

taux : L'humérus et le fémur considérés dans les espèces, dans les races humaines, selon le sexe et selon l'âge. — M. François : De l'hydrocèle congénitale. — M. Foutry : De la résection du coude chez les enfants. — M. Deroide : Contribution à l'étude des procédés de dosage de l'acide urique.

FORMULAIRE

Injection contre la leucorrhée. — Henske.

Chlorate de potasse	30 grammes.
Teinture d'opium	30 —
Eau de goudron	470 —

Faites dissoudre. — Deux ou trois cuillerées à bouche dans un litre d'eau tiède, pour injections matin et soir, dans le cas d'écoulement leucorrhéique. — N. G.

COURRIER

Légion d'honneur. — Est nommé chevalier de la Légion d'honneur, à l'occasion de la revue de Vitry (manœuvres de l'Est), M. le docteur Gerbault, médecin-major au 10e d'infanterie.

L'Officiat de santé devant les Conseils généraux. — La *Semaine médicale* s'est livrée à une enquête approfondie sur les votes des Conseils générauxà propos de la question de l'officiat de santé. Sur 80 Conseils, 64 ont répondu. Sur ces 64 réponses, il y a 46 départements favorables à la suppression de l'officiat; 18 qui sont d'avis de le maintenir. Voici la liste de ces 18 départements : Aisne, Hautes-Alpes, Ardèche, Calvados, Côtes-du-Nord, Creuse, Doubs, Ille-et-Vilaine, Indre, Landes, Loir-et-Cher, Lozère, Morbihan Pas-de-Calais, Hautes-Pyrénées, Seine-Inférieure, Seine-et-Marne, Somme. Rappelons que les Conseils généraux d'Algérie, de Corse et de la Seine n'ont pas de session en août. En somme, la majorité est toujours pour la suppression.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gager (de Paris).

Poste médical. — On demande un docteur en médecine pour la commune de Villeneuve-Loubet (Alpes-Maritimes). Voisinage du chemin de fer et de la mer. Une donation assure 1,000 francs par an au médecin qui accepterait. — S'adresser au maire.

Il semble que, dans cette région encombrée de médecins, une commune située à deux pas de la mer et à vingt minutes de deux gares devrait en être pourvue. S'il n'en est pas ainsi, c'est qu'on la croit suffisamment desservie par les médecins de Cannes et d'Antibes. Outre le bien qu'il ferait, un médecin trouverait de sérieux avantages à accepter cette situation. C'est pour appeler l'attention sur elle qu'un propriétaire des environs de Villeneuve a institué la rente dont nous venons de parler.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

REVUE DE CHIMIE CLINIQUE

L'acétonurie et la diacéturie.

M. le docteur H. Lorenz vient de publier (1) un travail important sur l'acétonurie. Nous allons résumer ce mémoire en le complétant sur beaucoup de points, l'auteur allemand ayant négligé de tenir compte de la plupart des travaux français et même de quelques-uns de ceux de ses compatriotes.

I

Peters fut le premier qui attribua à l'acétone l'odeur bien connue déjà de l'air d'expiration et de l'urine des diabétiques. Il découvrit ce corps dans l'urine et dans le sang et le constata aussi dans l'urine d'un rubéolique.

La chimie de l'acétonurie fut très étudiée par Gerhardt, qui découvrit la réaction du perchlorure de fer (couleur rouge) dans les urines diabétiques. Cette réaction appartient à l'acide diacétique.

Penzold indiqua de chauffer quelques cristaux d'orthonitrobenzaldéhyde dans un peu d'eau et d'alcaliniser avec la lessive de soude ; s'il y a de l'acétone, le liquide jaunit et il se sépare de l'indigo bleu. Legal ajoute au liquide une solution de nitro-prussiate de soude additionnée d'un peu de lessive de soude ; il se développe une coloration rouge qui passe au pourpre par l'acide acétique.

On peut obtenir souvent dans l'urine la réaction de l'alcool de Lieben ; elle consiste dans la production de lamelles d'iodoforme lorsque l'on ajoute au liquide acidifié et distillé un peu de potasse et d'iode en quantité suffisante pour donner une coloration jaune. V. Jacks a montré que la substance de l'urine qui fournit l'iodoforme est pour la plus grande partie l'acétone. Pour éliminer l'alcool avant la réaction de Lieben, Albertoni conseille de distiller le liquide avec du sulfite de soude. Il faut encore mentionner le réactif de Chautard (fuchsine décolorée par l'acide sulfureux) et celui de Reynolds.

En France, on se sert surtout de la réaction de Gerhardt et de celle de Le Nobel. Quand on ajoute peu à peu du perchlorure de fer à l'urine, il se dépose d'abord du phosphate de fer, puis le précipité se redissout en même temps que le liquide prend une teinte rouge vineux plus ou moins intense, s'il renferme de l'acide acéto-acétique. L'ébullition fait disparaître ou

(1) *Zeitschrift für klin. Med.*, Bd 19, 1-2 Heft.

atténue beaucoup la couleur; il en est de même de l'addition d'acides. Une ébullition préalable empêche la réaction.

Lorsque les sujets dont l'urine est étudiée ont pris de l'antipyrine, de la thalline, de l'acide salicylique ou de l'acide phénique, on peut facilement obtenir une réaction qui rappelle celle de Gerhardt, mais la couleur ne disparaît pas par l'ébullition; du reste, avec l'acide phénique, la teinte est plus violacée, tandis qu'elle est plus brune avec la kairine. Avec l'acétate de soude, la couleur est moins pourpre, disparaît par les acides minéraux et non par l'acide acétique; à l'ébullition, la liqueur se trouble et précipite de l'hydrate de fer; enfin, la réaction se produit malgré l'ébullition préalable de l'urine (Binet).

Dans le procédé de Le Nobel, on ajoute à l'urine une certaine quantité de solution forte d'ammoniaque et quelques gouttes d'une solution à 1/50e de nitro-prussiate de soude (10 centig. pour 15 grammes); on obtient une coloration violette. Lorsque l'on emploie le procédé analogue de Legal dont nous avons parlé plus haut, la créatinine en solution alcaline donne également une teinte rouge, mais l'addition d'acide acétique efface la couleur qui devient jaunâtre.

Les analyses doivent être faites très vite, car l'acide diacétique se transforme spontanément en acide carbonique et acétone.

D'après Salkowsky et Ten Taniguti qui se sont servis du procédé de de Lieben, l'acétone ne se présente pas comme telle dans l'urine, mais provient de composés qui, par distillation avec un acide, produisent de l'acétone; on obtient plus ou moins d'iodoforme, selon qu'on acidifie plus ou moins, ou que l'on ajoute la solution iodo-iodurée au produit distillé en une fois ou par fractions.

II

Von Jaksch et Baginsky après lui, ont admis qu'il y avait de l'acétone dans l'urine physiologique. Pour Romme, c'est là une erreur qui provient de ce qu'ils se sont servi de la réaction de l'alcool.

Von Jaksch trouva l'acétone toujours augmenté dans toutes les maladies fébriles et découvrit une acétonurie fébrile. L'acétonurie est inconstante dans un deuxième groupe de maladies : telles le diabète, certaines formes de carcinome, l'inanition et les psychoses. Dans une troisième forme, elle est une affection *sui generis*, une auto-intoxication; ce fait est rare. Von Jaksch en a décrit cinq cas; Parvinsky, un cas; Juffinger, un cas. Dans ces deux derniers cas, la réaction du chlorure de fer, qui ferait connaître s'il y avait diacéturie, n'est pas signalée. Strumpf donne l'acétonurie comme constante dans l'éclampsie puerpérale. Baginsky trouve l'acétone énormément augmentée dans l'éclampsie des enfants.

D'après Von Jaksch (*De l'acétonurie et de la diacéturie,* Berlin, 1885, p. 118), la diacéturie appartient exclusivement aux états pathologiques. En outre, dans les cas avancés de diabète sucré, elle accompagne les complications fébriles à l'inverse de l'acétonurie qui n'est pas constante.

Pour Schrack, l'acétonurie se rencontre très fréquemment chez les enfants, surtout dans les maladies fébriles et les troubles digestifs évoluant d'une façon aiguë; cependant, la fièvre peut durer quelque temps sans acétonurie. Cette dernière manque dans la tuberculose pulmonaire et existe dans beaucoup de troubles nerveux, surtout ceux qui sont localisés au larynx. La diacéturie est très fréquente dans les états fébriles prolongés et

assez commune dans les états infectieux graves, même quand il n'y a pas de fièvre. Elle tient peut-être aux convulsions qui se produisent si facilement au début des affections fébriles. Au moment où la fièvre tombe, la diacéturie est remplacée par l'acétonurie. Baginsky avait déjà noté que l'acétone se montre en quantité considérable dans l'urine des enfants atteints de convulsions, et qu'elle diminuait avec la cessation de ces dernières. Il n'a trouvé l'acétone ni dans les fèces ni dans le contenu de l'estomac des enfants dyspeptiques.

Gaube a vu la réaction de Gerhardt très nette dans l'athrepsie. Pendant l'acétonurie, dit-il, l'enfant est plongé dans un sommeil profond.

J.-L. Prévost et P. Binet ont publié l'observation d'un enfant diabétique qui succomba dans le coma; ils purent extraire du cerveau de faibles quantités d'acétone, et l'urine, au moment des accidents, présentait la réaction de Gerhardt et celle de Legal.

Depuis ce temps, Binet a recherché la réaction de Gerhardt dans l'urine d'un grand nombre d'enfants atteints de diverses maladies. Sur 150 malades examinés, on a trouvé la réaction 69 fois. Sur ces 69 cas, trois fois seulement les malades étaient apyrétiques et il est probable qu'il y avait eu de la fièvre avant le moment de l'observation dans deux des cas. Très souvent, cependant, il y a fièvre sans diacéturie et les conditions de l'apparition du symptôme sont obscures; il ne présente pas de relations régulières avec l'intensité de la fièvre, ni avec la dyspnée, ni avec les troubles digestifs. Dans la scarlatine, la diacéturie est particulièrement forte et fréquente; elle existe dans 80 p. 100 des cas et se montre habituellement du deuxième au troisième jour, quelquefois plus tard. Quand l'éruption est indécise ou effacée, elle peut servir pour le diagnostic. La diacéturie existe dans 61,5 p. 100 des cas de rougeole et est exceptionnelle dans la diphthérie simple. Si elle est intense et persistante dans cette dernière maladie, il faut craindre quelque complication, particulièrement la broncho-pneumonie.

Chez les adultes, la diacéturie a été rencontrée par Deschmuller et Litten, dans les exanthèmes aigus; par Penzoldt, dans la fièvre typhoïde et la phthisie; par Seifert, dans diverses maladies fébriles; par Gerhardt, dans l'alcoolisme; par V. Jaksch dans les psychoses et deux fois dans l'entérosténose consécutive à un cancer de l'intestin; par Hoppe-Seyler, après l'empoisonnement par l'acide sulfurique; par Senator, dans un empoisonnement mortel par l'antipyrine; par Schruck, après l'administration aux enfants d'extrait de fougère mâle; par Litten, dans des maladies des appareils digestif et chylopoiétique; par Charton, dans un cancer de l'œsophage, etc.

La diacéturie se montre aussi comme l'expression d'une autre intoxication sous la forme de coma, tantôt dans le diabète sucré, tantôt en dehors de celui-ci : dans le carcinome de l'estomac, dans la dyspepsie, où Litten en décrit cinq cas, dans un cas de maladie d'Addison (V. Jaksch), dans deux cas de convalescence de maladies fébriles (Seifert).

Pawinsky a rapporté un cas d'acétonurie dans le cours d'une néphrite interstitielle apyrétique; il y avait des accès d'asthme pendant lesquels l'urine renfermait une forte proportion d'acétone (2 gr. 16 en vingt-quatre heures); en même temps, la quantité d'albumine diminuait beaucoup. Le rapport inverse entre la quantité d'albumine et celle d'acétone avait déjà été signalé par V. Jaksch.

Pour Romme, l'acétonurie fébrile existe réellement, mais ne survient que dans les fièvres à température élevée et de longue durée.

On a attribué le coma diabétique à l'acétonurie. Actuellement, on tend plutôt à admettre la production d'acides divers, parmi lesquels seraient les acides diacétique et β oxybutyrique. Ce dernier peut, par oxydation, donner l'acide acéto-acétique; l'acétone serait alors un produit de dédoublement de cet acide. S. West a recherché, dans quatorze cas de diabète, les rapports entre l'acétonurie et le coma. Pour lui, le symptôme existerait fréquemment chez les diabétiques non comateux et ne serait pas constant lors du coma; il pourrait même disparaître en même temps que le coma se développe. Du reste, chez le chien, il faut administrer 8 grammes d'acétone par kilogr. pour provoquer des accidents; chez l'homme, 20 grammes d'acétone ne produisent que de la somnolence transitoire. L'acétonurie est, du reste, commune dans un grand nombre de maladies. Elle indique parfois l'imminence de symptômes graves, et il faut y attacher une certaine importance à ce point de vue.

Nothnagel a trouvé l'acétonurie dans un cas de cancer mélanique du foie.

Lorenz a divisé ses observations en trois groupes : 1° maladies primitives de l'estomac et de l'intestin, telles qu'indigestions ou maladies anatomiques du tractus gastro-intestinal; 2° maladies diverses, surtout de nature nerveuse, dans lesquelles l'acétonurie s'est montrée accompagnée de phénomènes gastro-intestinaux qui devaient être interprétés soit comme névroses, soit comme troubles fonctionnels; 3° cas où l'acétonurie a été observée dans le cours de troubles nerveux graves, le plus souvent dans des états comateux, où les phénomènes gastro-intestinaux étaient secondaires.

a) 1er *groupe*. — Dans le catarrhe gastrique aigu, et surtout dans la forme due à des toxines provenant d'aliments altérés, l'acétonurie n'a jamais manqué et la diacéturie a parfois été observée en même temps.

Dans les affections chroniques de l'estomac, l'acétonurie n'est ni si fréquente ni si intense que dans le catarrhe aigu. Elle présente les mêmes oscillations que l'intensité des symptômes pathologiques.

Le catarrhe gastro-duodénal provoque de l'acétonurie aussi souvent que le catarrhe gastrique.

Le symptôme existe dans toutes les gastro-entérites et peut être accompagné de diacéturie; il est fréquent dans l'obstruction intestinale et la copro-stase, ou lors de la présence d'un tænia. L'acétonurie a encore été rencontrée dans quelques cas de péritonite avec vomissements et diarrhée.

b) 2e *groupe*. — L'acétonurie se rencontre toujours dans les crises gastriques du tabès et il y a quelquefois simultanément de la diacéturie; elle est moins commune dans la cholélithiase et la colique saturnine, et coïncide, dans l'hystérie, avec les symptômes gastriques.

c) 3e *groupe*. — Le symptôme est très accentué pendant les crises d'éclampsie qui ne s'accompagnent jamais de diacéturie. Il y a augmentation modérée de l'acétone dans l'urine et cette augmentation se voit aussi dans le coma, quelle que soit sa cause.

Voici quelles sont les conclusions de Lorenz :

1° Le développement de l'acétonurie dans les troubles digestifs les plus divers d'origine est un phénomène si constant que, aux formes d'acétonurie connues jusqu'ici, il faut en ajouter une nouvelle, l'acétonurie par troubles digestifs;

2° Dans ces cas de troubles digestifs, il paraît impossible de séparer la diacéturie de l'acétonurie, parce que la variation des symptômes chimiques, dans ces deux états, est faible et exclusivement quantitative et que, dans la plupart des cas graves, la combinaison ou l'alternance des deux états est presque la règle;

3° Les symptômes attribués autrefois à l'action de l'acétone ou de l'acétonurie diacétique paraissent appartenir non à ceux-ci, mais à des degrés de l'acétone moins oxydés;

4° L'albuminurie, quand elle existe, ne paraît pas dépendre de l'action de l'acétone ou de l'acétonurie diacétique;

5° Tant dans le contenu stomacal que dans le contenu intestinal (excréments), on trouve, dans beaucoup de cas, l'acétone avec certitude, quelquefois en grande quantité;

6° Il y a une différence marquée entre les maladies gastro-intestinales primitives et les affections stomacales secondaires, le plus souvent d'origine nerveuse; dans les premières, le contenu stomacal renferme presque régulièrement de l'acétone, tandis que, dans les dernières, elle y est rarement constatée;

7° On peut trouver rarement un vomissement urémique et une hystérie évoluant avec symptômes intestinaux, d'une façon passagère, outre de l'acétone et de l'acétonurie diacétique, de l'acétonurie oxybutyrique.

L'acétonurie et la diacéturie pourraient avoir une certaine importance relativement à l'état du rein. En effet, Albertoni et Pisenti ont vu que l'élimination prolongée de l'acétone et de l'acide pouvait irriter les reins et les léser. D'autre part, Maguire a observé un cas de diabète et d'albuminurie dans lequel on a trouvé, après la mort, une inflammation parenchymateuse aiguë du rein semblable à celle que produit l'éther diacétique.

III

La pathogénie de l'acétonurie et de la diacéturie est fort mal connue.

Cependant, Rosenfeld a prouvé que l'acétonurie se produit lorsque l'on donne exclusivement de la viande et qu'elle tire probablement son origine de la désassimilation des albuminoïdes. Les acides lactique, acétique, etc., qui prennent naissance dans les fermentations intestinales, peuvent produire de l'acétone; de là la fréquence du symptôme dans les maladies des voies digestives.

Enfin, Lustig a pu provoquer expérimentalement l'acétonurie, chez le chien et le lapin, en extirpant le plexus cœliaque. La mort peut alors survenir dans le coma acétonémique. Paul CHÉRON.

REVUE DE MÉDECINE

Maladies du foie.

SOMMAIRE : Les pleurésies hémorrhagiques dans la cirrhose. — Les hématémèses dans les maladies du foie. — Les abcès aréolaires.

I

M. Jean vient de décrire, ou plutôt de remettre en lumière, la pleurésie hémorrhagique qui se développe parfois dans le cours de la cirrhose du foie. Il a pu en trouver six observations à peu près certaines et une douteuse.

L'observation la première en date est celle dans laquelle Laënnec décrivit la cirrhose elle-même. Son malade, il est vrai, avait de la tuberculose pleurale.

La seconde observation est due à Leudet (de Rouen). Viennent ensuite celles de Morand, Bouilly, Gaillard, Ch. Leroux et Callet.

La pleurésie hémorrhagique de la cirrhose a un début lent et insidieux, quelquefois même elle n'a pas été diagnostiquée. Chez le malade de Gaillard il y eut, au début de la fièvre, du frisson, une toux sèche et de la douleur au côté droit. Dans un des cas, le malade ne pouvait préciser l'époque d'apparition de sa pleurésie.

A la période d'état, en dehors d'un épanchement très volumineux, la dyspnée est très peu marquée. La fièvre existe généralement, mais n'est pas très élevée, sauf s'il y a coïncidence de lésions d'autres organes.

Les signes physiques sont identiques à ceux que l'on retrouve dans les autres pleurésies, et ils ne fournissent pas de renseignements sur la nature du liquide.

Dans toutes les observations, sauf celle de Laënnec, l'épanchement siégeait du côté droit. La pectoriloquie aphone ne peut indiquer sûrement que le liquide n'est pas sanglant, car, dans un cas de Jaccoud où il s'agissait d'une pleurésie hémorrhagique consécutive à un cancer du foie, le signe de Baccelli existait dans toute la hauteur de l'épanchement.

La quantité du liquide varie de quelques centaines de grammes à deux ou trois litres et plus. Souvent l'épanchement ne se reproduit pas après la ponction, ou du moins une seconde thoracentèse suffit à le tarir.

L'état général du malade est généralement mauvais. Ces pleurésie surviennent habituellement à une époque déjà avancée de la maladie et la cachexie favorise leur production. Dans un cas (Gaillard), la pleurésie a été la première et unique manifestation de la cirrhose qui ne se caractérisait par aucun de ses signes habituels.

Cette complication de la cirrhose n'est pas très grave par elle-même si on pratique la thoracentèse dès qu'elle est indiquée. La guérison de la pleurésie s'est produite dans la plupart des cas.

La lésion caractéristique consiste en des fausses membranes qui revêtent les deux plèvres. Voici comment l'on pourrait comprendre la filiation des accidents : la périhépatite, si fréquente, entraîne la production de fausses membranes reliant le foie au diaphragme. Par l'intermédiaire de ce dernier, l'inflammation se propage à la plèvre diaphragmatique et se généralise à celle-ci. Il se produit une pleurésie sèche ou sérofibrineuse, avec formation de fausses membranes qui bientôt se rompent et donnent lieu à l'hémorrhagie pleurale. Cette rupture et cette hémorrhagie sont d'ailleurs puissamment favorisées par les diverses altérations des vaisseaux et du sang dues à l'artériosclérose et aux lésions du foie.

II

Les hémorrhagies dans la cirrhose ont donné lieu à un grand nombre de travaux qui ont porté surtout sur celles qui se produisent sur le tube digestif (Audibert, Chautemps, Dussaussoy, Four, etc.). M. Ehrhardt, dans un travail inaugural, s'est proposé de mettre en lumière les idées de M. Debove relativement au mécanisme de ces hémorrhagies.

L'auteur a d'abord réuni 24 cas d'hématémèse ne semblant liées à aucune lésion organique, soit des vaisseaux, soit des muqueuses, dans le cours des affections du foie. Chez la très grande majorité des malades, l'hémorrhagie gastrique a précédé, et souvent de fort loin, tout autre symptôme ordinaire de la cirrhose. Seize fois sur vingt-quatre, autrement dit dans les deux tiers des cas, c'est au milieu d'une santé parfaite en apparence, ou à peine troublée par quelques phénomènes dyspeptiques, que survient l'hémorrhagie. Lorsque l'hématémèse manque au début de l'affection, elle ne se montre plus guère qu'à la période terminale, alors que le malade, déjà épuisé par l'ascite et par les progrès du mal, n'est plus en mesure de résister à des pertes sanguines abondantes; la terminaison fatale est alors hâtée.

L'hématémèse est parfois précédée des vagues symptômes avant-coureurs des grandes hémorrhagies. Quelquefois on relève une cause occasionnelle : effort, écart de régime. L'irruption du sang est brusque, soudaine, brutale, très abondante; la quantité d'un

litre et demi à deux litres de sang n'est pas rare. Parfois, le liquide est pur, rutilant, artériel; d'autres fois noir, caillebotté, mêlé à des débris d'aliments; souvent il revêt l'apparence du marc de café. Le mœlena se présente généralement avec ses caractères habituels.

La terminaison de l'accident est très variable. L'hémorrhagie peut emporter le malade en trente-six ou quarante-huit heures sans qu'aucune intervention la puisse arrêter. D'autres fois le sang cesse de couler et le patient peut reprendre ses occupations; puis, après une période d'une durée variable, un nouveau vomissement se produit. Enfin, à un moment donné, les symptômes habituels de la cirrhose apparaissent et la maladie suit sa marche commune.

Les renseignements fournis par l'anatomie pathologique sont tous à peu près nuls. Dans les cas d'hématémèses précoces, l'examen de l'estomac, de l'œsophage et de l'intestin ne dénote aucune lésion de ces organes. Il en est de même pour des cas appartenant à une période plus avancée. L'estomac est généralement plein de sang, en partie coagulé et de couleur foncée. Après lavage, la muqueuse apparaît rosée, mais sans aucune lésion appréciable. Il en est de même pour l'œsophage et l'intestin. Dans un certain nombre de cas, on a trouvé des varices de l'œsophage, plus rarement de l'estomac et on leur a attribué l'hématémèse. Mais, outre que ces varices manquent dans la plupart des observations, comme elles ne présentent pas la moindre ulcération, elles n'expliquent pas le phénomène. Il est plus rationnel d'admettre qu'il s'agit là d'hémorrhagies capillaires qui n'ont laissé après elles que des traces insignifiantes; quelquefois ces traces sont plus apparentes, comme le démontre une observation de Balzer qui a trouvé des érosions généralisées à presque toute la muqueuse de l'estomac.

Les observations d'hématémèses attribuées à des ruptures de varices œsophagiennes sont nombreuses, et, par les symptômes, elles ne diffèrent pas de celles de la première variété. Les ulcérations que l'on rencontre sur les varices sont généralement très peu étendues : 1 millimètre à peine, 2 millimètres. On ne peut être que de l'avis de M. Ehrhard, lorsqu'il dit qu'il est difficilement admissible que des lésions aussi minimes soient la *cause unique* d'hémorrhagies aussi abondantes et aussi persistantes que celles dont il s'agit. Il est plus rationnel d'admettre, dans ces cas, qu'à un moment donné, sous l'influence de la pression exagérée que subit le système porte, le sang peut s'écouler simultanément des extrémités capillaires rompues et des veinules qui, par l'ulcération déjà partielle de leurs tuniques, offrent le moins de résistance à la pression sanguine. On n'est pas autorisé à dire que la mort a été causée par l'hémorrhagie due à l'ulcération des varices, lorsque des hématémèses s'étaient produites antérieurement chez les mêmes malades et à des périodes très reculées de leur maladie, lorsqu'elle ne s'accusait encore par aucun symptôme.

L'exhalation sanguine à travers les capillaires joue donc encore un grand rôle.

On est tenté de rapporter les hémorrhagies à la gêne de la circulation dans le foie et il existe un certain nombre de faits favorables à cette théorie (thrombose porte dans un cas de Granet). Mais, dans la cirrhose, l'hématémèse est plus fréquente à la période pré-ascitique, c'est-à-dire au moment où la gêne de la circulation n'est pas portée à son maximum; enfin, à la suite de l'oblitération des gros troncs veineux portes par un caillot ou de leur ligature, il ne survient pas forcément d'hémorrhagies de l'estomac ou de l'intestin. L'obstacle à la circulation est certainement une condition nécessaire pour la production des accidents, mais on ne peut lui accorder un rôle exclusif.

La théorie dite humorale ne peut expliquer pourquoi les hémorrhagies se produisent dans le tube digestif, alors que les autres organes n'en présentent pas.

On a encore invoqué l'altération des capillaires produite par l'action caustique de l'alcool sur les capillaires de la muqueuse de l'estomac et des intestins. Mais il est difficile d'admettre, dit M. Ehrhardt, que des capillaires en aussi grand nombre se rompent assez subitement et simultanément pour amener une hémorrhagie aussi abondante. De plus, les hématémèses se produisent chez des sujets qui n'ont pas le moindre antécédent alcoolique, qui sont syphilitiques ou cancéreux.

MM. Debove et Courtois-Suffit croient l'existence d'une congestion dans le système de la veine porte. Le système vaso-moteur abdominal, d'après les expériences de Ludwig

et Cyon, aurait une sorte de puissance spéciale qui fait qu'il peut déterminer, sous des influences nerveuses, une congestion très intense dans son domaine. Quand le foie est intact, il se tuméfie et emmagasine une grande quantité de sang; s'il est cirrhosé, il perd son élasticité et rétrécit les voies d'écoulement dans la veine cave. Si alors il survient une congestion dans le système porte, elle pourra le distendre jusqu'à amener sa rupture, et, par suite, une hémorrhagie.

Si cette rupture se produit moins souvent à une époque avancée de la cirrhose, c'est que l'ascite exerce une contre-pression qui prévient la congestion, c'est que les malades sont très anémiés.

Habituellement, la rupture se fait dans les capillaires de la muqueuse et, la congestion étant subite, un grand nombre de capillaires sont rompus en même temps, de telle sorte qu'à l'autopsie, on ne constate pas de lésions par le fait de leur ténuité et de leur multiplicité. S'il y a un point de moindre résistance sur le système porte (varices œsophagiennes), c'est à ce niveau que se fera la rupture.

Enfin, si le tronc porte est malade ou moins résistant, c'est lui qui pourra se rompre (Frerichs, Giacomini, Moxon et Wilks).

III

M. Chauffard a décrit, dans les *Archives de physiologie*, en 1883, une variété d'abcès du foie qu'il a appelés *abcès aréolaires*, et dont l'étude vient d'être reprise par M. Th. Aubert. Ces abcès ont généralement la forme d'un cône à base convexe enfoncé dans le foie jusqu'à plus de la moitié de l'épaisseur de l'organe; cette forme rappelle celle de l'infarctus viscéral. Le volume est sujet aux plus grandes variations et dépend surtout de la durée de la maladie, car l'abcès est en progression presque incessante et s'accroît par l'adjonction à sa périphérie d'aréoles nouvelles. Les dimensions oscillent entre celles d'une orange et celles d'une tête de fœtus à terme ou même davantage. Chaque aréole, du reste, croît pour son compte jusqu'à ce que les cloisons qui la séparent de ses voisines soient détruites par le processus, de façon à former une cavité plus considérable. C'est qu'en effet, la paroi de l'abcès est sillonnée de festons, de fines dentelures, toutes creusées de petites aréoles inégales, isolées pour la plupart, ou communiquant entre elles pour former une sorte de système caverneux; on peut comparer les aréoles aux alvéoles d'un gâteau de miel, aux logettes d'une éponge, etc. Tantôt le pus est brunâtre, muqueux et filant, tantôt il est jaunâtre et phlegmoneux. Du côté du foie, l'abcès est toujours assez mal limité, car les aréoles sont de moins en moins serrées, de moins en moins confluentes. Le péritoine est le plus souvent enflammé et il s'établit des adhérences qui permettent l'ouverture dans les cavités naturelles; quelquefois, il y a rupture dans la grande cavité séreuse ou dans une poche circonscrite par les fausses membranes. Fréquemment, il y a une pleurésie droite séreuse ou purulente. Dans toutes les observations publiées, les canaux hépatique et cholédoque étaient perméables et sans altération; il en était de même des ramifications intra-hépatiques aussi loin qu'on pouvait les suivre à l'œil nu. Par contre, la vésicule biliaire est souvent malade, soit qu'elle contienne simplement des calculs, soit qu'il y ait cholécystite avec ou sans communications anormales. L'altération de la vésicule est parfois telle qu'on est conduit à y chercher la cause de l'abcès. Dans certains cas, les veines sus-hépatiques ont été trouvées thrombosées ou même remplies d'un liquide purulent.

M. Aubert résume de la manière suivante les altérations microscopiques dans les deux cas qui font l'objet de sa thèse. Dans des lobules très éloignés du centre de l'abcès, les espaces portes et un grand îlot du parenchyme qui les environne sont sains; au milieu du lobule, on rencontre une masse circulaire formée d'un magma craquelé au centre duquel on distingue un certain nombre de leucocytes; par la méthode de Weigert, on y décèle de la fibrine. Cet aspect est exactement celui d'un vieux thrombus, et il s'agit là d'une thrombose sus-hépatique. Les travées centrales sont refoulées et aplaties; leurs cellules ne se colorent plus. Un peu plus près du centre, l'aspect du thrombus est le même, mais les leucocytes sont plus nombreux et farcissent les capillaires voisins. Cette augmentation s'accentue à mesure que l'on se rapproche de l'abcès proprement dit, dont les aréoles sont formées par la liquéfaction purulente de l'îlot central et

s'agrandissent par la destruction des travées centro-lobulaires à l'aide du processus de la suppuration; il reste comme squelette de l'abcès les parties restées autour des espaces portes.

Dans deux cas où l'examen bactériologique a été pratiqué, on a trouvé des micro-organismes pyogènes. Une fois, il s'agissait d'un microbe se rapprochant des staphylocoques, dans l'autre cas, il y avait des streptocoques.

La maladie semble attaquer principalement les adultes. La cause occasionnelle échappe totalement dans un certain nombre de cas. Dans un cas, elle a paru succéder à une intoxication par le phosphore. M. Aubert pense qu'il faut faire jouer un rôle pathogénique important à la lithiase biliaire et aux lésions consécutives de la vésicule; les fistules cystico-duodénales peuvent permettre l'introduction des micro-organismes de l'intestin. Les altérations du côté de la vésicule manquent dans les cas de Chauffard. Parmi les abcès aréolaires, il en est qui ne sont autre chose qu'une phlébite sus-hépatique suppurée; cependant, Chauffard a trouvé les veines sus-hépatiques normales sur ses coupes, partout où il ne s'agissait pas d'une oblitération secondaire par réaction inflammatoire. Mais rien ne démontre que l'oblitération qu'a rencontrée Chauffard soit secondaire et, de plus, sa technique était moins perfectionnée que celle d'Aubert. La phlébite serait consécutive à celle des parois de la vésicule biliaire. Restent les faits dans lesquels la vésicule était saine, et, à vrai dire, M. Aubert ne les explique pas. Il s'élève contre l'origine biliaire admise par M. Chauffard, car l'espace porte reste longtemps intact et la néoformation des canalicules biliaires, qu'a invoquée ce dernier, n'est pas un signe d'irritation.

Les malades atteints d'abcès aréolaires ont un aspect typhique accentué, une fièvre intense, des douleurs de l'hypochondre droit et une augmentation de volume du foie. Néanmoins, le diagnostic a été rarement fait sur le vivant. L'abcès s'ouvre parfois dans le péritoine ou les bronches. Le plus habituellement, les phénomènes pleuraux ont dominé la scène morbide, et cela jusqu'au dernier moment.

Le pronostic est excessivement grave.

SOCIÉTÉS SAVANTES DES DÉPARTEMENTS

SOCIÉTÉS DE MÉDECINE DE LYON (1er semestre 1891) (1).

Sur la pathogénie du diabète. — M. R. LÉPINE a montré il y a quelques mois à la Société des coupes du pancréas d'un diabétique, mort dans son service, faites par le docteur Ch. Aubry, et sur lesquelles on voyait de la manière la plus nette des bandes de tissu fibreux autour des acini. Ces préparations ont été soumises à l'examen de M. le professeur Renaut, qui a confirmé le diagnostic de sclérose péri-acineuse. Comme, à l'œil nu, le pancréas ne présentait rien d'anormal, M. Lépine a appelé l'attention sur l'intérêt qu'il y a à faire une étude histologique attentive du pancréas des diabétiques, alors même qu'il paraît sain à l'examen microscopique. Cet appel a été entendu par MM. les docteurs Lannois et Lemoine, qui, dans un mémoire paru récemment, décrivent non seulement une sclérose péri-acineuse, mais une sclérose intra-acineuse dissociant les cellules, et paraissant ainsi encore plus capable d'apporter quelque obstacle à la résorption du ferment glycolytique, dont la diminution dans le sang est, selon lui, la cause la plus importante du diabète. Toutefois, à en juger par l'examen des préparations du pancréas de M. le docteur Molard, il ne semble pas que la lésion décrite par MM. Lannois et Lemoine soit constante; et l'absence de sclérose, dans ce cas, bien constatée par M. Renaut est d'autant plus importante qu'il s'agit d'un cas de diabète *maigre* des plus accentués.

Assurément, l'intégrité apparente du pancréas dans des cas de ce genre n'est pas une preuve de son intégrité absolue. Il ne faut pas oublier qu'entre le moment de la mort et celui de l'autopsie, la cellule pancréatique s'altère par autodigestion et qu'il faudrait pou-

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 septembre 1891.

voir, ainsi que le dit M. le professeur Renaut, placer l'organe dès l'instant de la mort dans un réactif empêchant la production si fâcheuse d'altérations cadavériques. Pour ce motif, nous ne sommes donc pas en état de faire l'anatomie pathologique exacte du pancréas.

Toutefois, M. Lépine ne veut pas que ces réserves le fassent ranger parmi ceux qui admettent *quand même* l'existence de lésions pancréatiques dans *tous* les cas de diabète. Depuis plusieurs mois, il s'est à maintes reprises expliqué à cet égard; il y a dans le diabète diminution plus ou moins grande du ferment glycolytique (Lépine et Barral); mais M. Lépine ne prétend pas que le ferment glycolytique provienne *exclusivement* du pancréas. Ce qui motive cette restriction, c'est le fait, maintes fois constaté par M. Barral et lui dans leurs expériences, que, chez un chien rendu diabétique par l'ablation complète du pancréas, le pouvoir glycolytique du sang, qui est fort diminué, n'est pas entièrement aboli. Il possède au moins le dixième de son énergie normale et quelquefois davantage (jusqu'au sixième). Il est donc, chez le chien, d'autres sources du ferment glycolytique que le pancréas, peut-être les glandes intestinales.

Dans un mémoire récent, M. Hédon dit qu'on peut faire deux hypothèses sur la pathogénie du diabète après l'extirpation du pancréas : 1° la diminution de la glycolyse; 2° l'hyperproduction du sucre. C'est à la seconde de ces hypothèses qu'il semble se rallier. Et cependant ses propres expériences, conformes d'ailleurs à celles de M. Lépine à cet égard, sont en faveur de la première. En effet, dans les trois expériences qu'il relate, l'excrétion journalière du sucre *n'a pas excédé la production normale* du sucre chez un chien du même poids. Mais, alors même que le sucre paraîtrait excrété en quantité surabondante chez le chien diabétique, cela n'infirmerait pas le fait que, chez lui, la consommation de sucre est insuffisante. Car cette dernière est non pas une *hypothèse*, mais un *fait* démontré par toutes les expériences que M. Lépine a faites en si grand nombre avec M. Barral. D'après ces expériences, dans toute hyperglycémie il y a diminution du pouvoir glycolytique. Les expérimentateurs n'ont pas trouvé d'exception à cette loi qui s'applique aux hyperglycémies asphyxique, curarique, au diabète provoqué par la phlorhydzine, etc.

M. Lépine ne conteste pas la possibilité d'une hyperproduction de sucre primitive; mais il n'a encore observé aucun fait expérimental qui l'appuie, tandis que la diminution du pouvoir glycolytique, dans les conditions les plus variées d'hyperglycémie, est incontestable.

Il est d'ailleurs positif que, dans certains diabètes, il y a hyperproduction de sucre, attendu que quelques diabétiques excrètent chaque jour plus de sucre que n'en produit dans le même temps un homme bien portant. Mais on peut concevoir que l'hyperproduction du sucre soit la *conséquence* du défaut de consommation; en effet, dans ce dernier cas, le système nerveux central éprouve la sensation que la combustion du glucose est au-dessous du taux normal, et on comprend que cette sensation soit suivie d'une excitation provoquant l'exagération de la production du glucose, de même qu'un homme inintelligent dont le poêle fonctionnerait mal, l'emplirait encore de charbon. Il se peut que le système nerveux central *inconscient* réponde par une action réflexe fatale à la sensation de froid exactement comme l'homme inintelligent supposé.

M. Renaut, sans être guidé par la physiologie, avait déjà dit que le pancréas n'était pas une glande comme les autres. Dans les glandes salivaires, les vaisseaux répondent aux épithéliomes glandulaires. Dans le pancréas, il y a bien des vaisseaux ordonnés pour les épithéliums, mais ces épithéliums sont généralement ordonnés pour ces vaisseaux. Le pancréas est une glande à double débit, intra-veineuse et intestinale comme le foie. L'anatomie pathologique signale des scléroses pancréatiques qui doivent être analogues aux cirrhoses du foie. Il n'est donc pas étonnant de trouver des scléroses annulaires autour des îlots cunéiformes, des scléroses intra-acineuses et des scléroses mixtes. Le travail de MM. Langlois et Lemoine a montré cette analogie avec le foie. Il ne faut pas s'attendre à trouver une lésion unique du diabète; cette affection, comme l'albuminurie, provient de lésions multiples qui, pour être étudiées, nécessitent l'examen des tissus frais quelques heures après la mort.

M. Frantz Glénard, sur la réponse négative de M. Molard à la demande qu'il lui fait,

si le foie de ce diabétique a été examiné, exprime son regret de voir que M. Lépine ne tienne pas davantage compte d'une communication faite il y a huit mois à la Société des sciences médicales sur le foie des diabétiques.

Dans cette communication, M. Glénard, s'appuyant sur l'examen clinique de plus de 300 diabétiques et sur les diagrammes de foies relevés chez eux et présentés à la Société, disait que non seulement il avait trouvé le foie objectivement altéré chez 60 p. 100 de ces malades; mais que, chez 35 p. 100 des malades du sexe masculin, il était manifeste que cette maladie du foie était d'origine éthylique et avait précédé le diabète. Ces faits ont été communiqués à l'Académie de médecine, et, dans son rapport, M. Ferréol regarde comme fondée l'assertion émise par M. Glénard, qu'il existent un diabète vrai éthylique, c'est-à-dire d'origine hépatique primitive, ainsi que l'importance du rôle que M. Glénard fait jouer au foie dans le diabète en général, et, enfin, M. Ferréol admet l'exactitude des diagrammes de foies diabétiques présentés à l'appui. Il y a donc lieu, en présence du conflit de la théorie qui invoque le pancréas et des faits qui accusent le foie, de chercher dans ce dernier organe, où on les trouvera certainement, les lésions microscopiques qu'on cherche en vain dans le pancréas. En attendant, enregistrons avec soin cette déclaration de M. Lépine que, pour lui, le diabète n'est pas toujours pancréatique. Le diabète a plusieurs pathogénies, c'est certain; il y a plusieurs diabètes sucrés; il peut exister entre deux diabètes les différences qui existent entre un cancer et un lipôme; mais, ces différences, on peut tout aussi bien en trouver la cause dans des lésions différentes d'un même organe, le foie, que dans la lésion d'organes différents. En tous cas, le foie doit être interrogé, au nom de la clinique. (*A suivre.*)

FORMULAIRE

TRAITEMENT DU CANCER DE L'ESTOMAC. — Dujardin-Beaumetz.

Pour faire cesser les douleurs occasionnées par le cancer stomacal, on injecte sous la peau un gramme de la solution suivante :

Chlorhydrate de morphine	0 gr. 10 centigr.
Sulfate neutre d'atropine...............	0 gr. 010 milligr.
Eau stérilisée	20 grammes.

Régime végétarien, afin de réduire au minimum le travail digestif. — Prescrire en outre, avant chaque repas, pour obtenir l'antisepsie stomacale, un des cachets suivants: salicylate de bismuth, magnésie anglaise, bicarbonate de soude, de chaque 10 grammes. — Mêlez et divisez en trente paquets. — Si le cancer siège au cardia, aliments liquides ou semi-liquides, dans lesquels figure avantageusement la poudre de viande. — Si le cancer siège au pylore, et s'accompagne de dilatation, lavage de l'estomac avec de l'eau naphtolée à 1 p. 1000, afin d'éliminer les produits ichoreux secrétés par le cancer.

N. G.

COURRIER

Le prix du roi des Belges (25,000 francs, à décerner en 1897) sera attribué à l'ouvrage répondant le mieux à la question suivante :

« Exposer, au point de vue sanitaire, les conditions météorologiques, hydrologiques et géologiques des contrées de l'Afrique équatoriale.

« Déduire, de l'état actuel de nos connaissances en ces matières, les principes d'hygiène propres à ces contrées et déterminer, avec des observations à l'appui, le meilleur régime de vie, d'alimentation et de travail, ainsi que le meilleur système d'habillement et d'habitation, à l'effet d'y conserver la santé et la vigueur.

« Faire la symptomatologie, l'étiologie et la pathologie des maladies qui caractérisent les régions de l'Afrique équatoriale et en indiquer le traitement sous le rapport prophylactique et sous le rapport thérapeutique. Établir les principes à suivre dans le choix et l'usage des médicaments, ainsi que de l'établissement des hôpitaux et sanatoria.

« Dans leurs recherches scientifiques, comme dans leurs conclusions pratiques, les concurrents tiendront particulièrement compte des conditions d'existence des Européens dans les diverses parties du bassin du Congo. »

Le concours est mixte, c'est-à-dire que les étrangers peuvent, comme les Belges, y prendre part.

Les ouvrages destinés à concourir devront être transmis au ministère de l'intérieur et de l'instruction publique, à Bruxelles, avant le 1er janvier 1897.

— M. le docteur Clado, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'une mission en Angleterre, à l'effet d'y étudier l'état actuel de la bactériologie et de l'histologie appliquées à la clinique.

— M. le docteur Albert Ruault est chargé d'une mission en Espagne et en Portugal, à l'effet d'y étudier l'organisation de l'enseignement de la médecine et de la chirurgie.

Villages pour tuberculeux. — Une compagnie financière vient de se former à Philadelphie pour la fondation de villages spécialement destinés au traitement des tuberculeux de toutes les classes de la société. Le premier village de ce genre sera créé en Floride, dans la presqu'île des Pinellas, près des bords du golfe du Mexique, sur un plateau élevé couvert de sapins : il portera le nom de Nouvelle-Florence. Il se composera de villas particulières pouvant être mises à la disposition des malades riches, et des chalets comprenant des appartements de une ou plusieurs pièces, suivant le désir et la fortune des malades; villas et chalets auront chacun leur jardin qui pourra être au besoin subdivisé en autant de parties que le chalet comprendra de locataires. Des garde-malades seront mises à la disposition des habitants, qui recevront en outre tous les soins médicaux que réclamera leur état de santé. A cet effet, il sera créé un certain nombre de pavillons spéciaux contenant les dernières inventions thérapeutiques. La construction des villas et chalets doit répondre à l'existence d'une bonne hygiène et rendre possible une antisepsie complète. Il va sans dire que tout le village sera placé sous une surveillance médicale permanente, mais on aura soin d'éviter tout ce qui pourrait faire croire au malade qu'il se trouve dans un sanatorium. (*Rev. scient.*)

Poste médical. — On demande un docteur en médecine pour la commune de Villeneuve-Loubet (Alpes-Maritimes). Voisinage du chemin de fer et de la mer. Une donation assure 1,000 francs par an au médecin qui accepterait. — S'adresser au maire.

Il semble que, dans cette région encombrée de médecins, une commune située à deux pas de la mer et à vingt minutes de deux gares devrait en être pourvue. S'il n'en est pas ainsi, c'est qu'on la croit suffisamment desservie par les médecins de Cannes et d'Antibes. Outre le bien qu'il ferait, un médecin trouverait de sérieux avantages à accepter cette situation. C'est pour appeler l'attention sur elle qu'un propriétaire des environs de Villeneuve a institué la rente dont nous venons de parler.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital Saint-Louis. — M. le docteur Du Castel.

La syphilis de la langue.

Messieurs,

On peut rencontrer sur la langue, mais à des degrés de fréquence très différents, le syphilome primaire, les accidents secondaires de la vérole, et enfin les accidents tertiaires.

Le *chancre* est rare et, dans la grande majorité des cas, il occupe la pointe de l'organe. Il se montre sous ses formes les plus habituelles, c'est-à-dire qu'il est papuleux, tuberculeux ou érosif ; dans certains cas, il se recouvre d'une pseudo-membrane. Je n'insiste pas sur la description de ces différentes formes, qui n'ont ici rien de spécial. L'induration du syphilome primaire se sent généralement nettement sur la langue, et la conformation même de l'organe permet de le saisir entre les doigts et de trouver facilement un noyau dur et bien circonscrit.

Par suite des irritations nombreuses auxquelles il est exposé, le chancre lingual s'enflamme assez souvent ; cette inflammation cause d'assez vives

FEUILLETON

CAUSERIE

Vingtième Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, à Marseille.

De Congrès en Congrès, l'Association française est enfin arrivée dans la seconde ville de France, à Marseille, où, grande fille de vingt ans, elle a tenu une de ses plus brillantes sessions. Un grand nombre de médecins de Paris et des environs de Marseille y ont assisté, mais nous avons remarqué peu de Lyonnais : MM. Ollier, R. Dubois, J. Teissier; peu de Toulousains : MM. Caubet, Maurel et Mossé; un seul Montpelliérain, M. Mairet; pas un seul Bordelais. On conçoit que Montpellier boude un peu Marseille, mais pourquoi Lyon, Bordeaux et Toulouse semblent-elles en faire autant ?

Par contre, les médecins de Marseille avaient préparé de fort nombreuses et fort intéressantes communications. La quantité, cette fois, n'a pas nui à la qualité. On a eu des ordres du jour effrayants; chaque séance a duré trois heures, deux fois par jour, et on a lu en moyenne 25 communications dans la journée. Les secrétaires étaient sur les dents.

Mon séjour à Marseille m'a permis de visiter l'emplacement de la Faculté de médecine, au sujet de laquelle l'*Union médicale* a déjà publié un article. Je vous donnerai ici quelques détails complémentaires.

douleurs et gêne la mastication et la déglutition. Dans les cas ordinaires, l'ulcération, très superficielle, est indolore. M. Mauriac a décrit un cas de phagédénisme, mais c'est là une complication fort rare.

Comme partout, l'adénopathie accompagne le chancre; elle siège dans la région sous-maxillaire et y offre les caractères d'indolence qui lui sont habituels.

Les accidents secondaires sont très communs sur la langue et leur étude doit nous retenir plus longtemps.

La *roséole* se montre sous la forme de taches rouges, légèrement desquamatives, quelquefois papuleuses, le relief étant, du reste, peu considérable; taches et papules sont isolées ou confluentes.

Les *plaques opalines,* dites plaques muqueuses, sont beaucoup plus fréquentes; elles siègent sur les bords, la pointe ou le filet et présentent souvent des fissures verticales; alors elles deviennent douloureuses. Si les plaques sont multiples, elles peuvent s'accompagner d'une tuméfaction douloureuse et la langue prend facilement l'empreinte des dents. En se guérissant, les plaques produisent parfois des dépressions du bout de l'organe; le fond de ces dépressions a une teinte nacrée bien nette. A la pointe et sur le filet, il se produit une sorte de suffusion nouée. Du reste, si la manifestation a été légère, elle disparaît sans laisser de traces.

A la face supérieure de la langue, les lésions syphilitiques secondaires sont polymorphes. On y observe naturellement les *plaques opalines;* ces plaques sont isolées ou confluentes et offrent quelquefois la disposition isolée. Rappelez-vous bien que, loin de faire toujours saillie, la plaque peut se trouver à un niveau inférieur à celui de l'épithélium sain.

Les *érosions*, les *fentes*, les *fissures en V* sont communes; elles sont minimes et cependant douloureuses, et occupent surtout les bords.

Les *ulcérations* vraies sont habituellement peu étendues; tantôt granuleuses, tantôt diphthéroïdes, elles causent d'assez vives douleurs et gênent la mastication.

Les *papules* sont arrondies ou ovalaires, le grand axe étant allongé

Tout le monde parlait de cette question, autour de moi depuis mon arrivée, et il était bien difficile de savoir à quoi s'en tenir. M. le maire Baret a levé tous les doutes dans le discours qu'il a prononcé à la séance d'inauguration du Congrès. La municipalité a pris l'engagement de créer la nouvelle Faculté, de l'installer, de la faire fonctionner à ses frais. L'Etat a promis de la reconnaître dès qu'elle existerait. L'emplacement est des plus magnifiques, c'est, comme vous le savez déjà, l'ancien château impérial du Pharo, actuellement simple promenade urbaine, qui deviendra le siège de la nouvelle Faculté. Au mois d'octobre prochain, les travaux seront mis en adjudication. A côté, on établira la Faculté des sciences, actuellement mal installée.

Voilà ce qu'a dit M. le maire, mais les choses se passeront-elles aussi simplement qu'il l'a dit, avec un accent bien fait pour entraîner la conviction? Oh! qu'il est bien Marseillais, M. Baret! A l'avenir de répondre. Mais si la Faculté ne passe pas à l'Etat, elle restera à la ville, qui alors la fera fonctionner à sa façon. Espérons que ce sera la bonne. Cependant, une objection se pose. Si l'Etat n'accepte pas la nouvelle Faculté, que fera la ville de sa Faculté municipale, alors que l'Etat conservera son ancienne Ecole, qui seule aura le droit de conférer les grades? Où les élèves iront-ils passer leurs examens?

D'après les renseignements qui nous sont fournis par un ouvrage merveilleux, rédigé par les soins des membres du comité local, sur les sciences, lettres, arts, le commerce et l'industrie de Marseille à l'occasion du Congrès et, d'après ce que nous avons vu, cette ville a tous les éléments voulus pour être un grand centre médical.

Sa nombreuse population fixe et flottante, ses relations commerciales si actives qui

d'avant en arrière. C'est là une lésion très commune et qui est en même temps très rebelle, car il se produit, au bout d'un certain temps, des hyperplasies interstitielles; en devenant confluentes, les papules forment des plaques, des nappes sillonnées de rhagades. Elles peuvent aussi s'hypertrophier et même deviennent végétantes. Celles de la pointe et des bords s'ulcèrent parfois, ces régions se trouvant exposées aux petits traumatismes produits par les dents; habituellement, la perte de substance reste superficielle; quelquefois, elle gagne rapidement en étendue et en profondeur, a des bords taillés à pic, une surface irrégulière et souillée de pus. L'inflammation est peu marquée autour de ces lésions.

La syphilis secondaire de la langue se manifeste encore par ce que Mauriac a appelé le *disque de desquamation*; c'est la plaque lisse de Fournier, l'alopécie de la langue. Cette lésion se voit encore dans la syphilis tertiaire et elle peut conduire au psoriasis de la langue. Ce qui est remarquable dans la syphilis, c'est la disposition régulière ou circinée. La plaque lisse, lorsqu'elle est rebelle, prépare des lésions graves, le psoriasis lingual; son origine syphilitique est mise en évidence par la coexistence des mêmes lésions sur les piliers, les amygdales ou le voile du palais. Souvent aussi, si on palpe la langue, on sent déjà des indurations, des gommes. Disons-le en passant, la plaque lisse semble être causée par l'épaississement, la prolifération du chorion muqueux, ce qui entraînerait un trouble nutritif du côté de l'épithélium.

Les affections secondaires de la langue offrent toutes un certain nombre de caractères communs qu'il vous faut bien connaître. Elles sont contagieuses, récidivantes, souvent circinées et, à moins d'inflammation concomitante, sont remarquablement indolentes. Elles ne se colorent pas en blanc par le nitrate d'argent ou le nitrate acide de mercure, ainsi que l'a indiqué Fournier, présentent un contour déchiqueté, arrondi, ovalaire, les papilles disparaissent sur leur surface; enfin, ce sont des lésions essentiellement chroniques.

Les *glossites tertiaires* offrent deux variétés : elles sont *scléreuses* ou *gom-*

---

lui amènent, chaque jour, de tous les points du monde, des cas de pathologie exotique, lui fournissent des ressources cliniques considérables. Aussi, trouve-t-on dans ses hôpitaux des services riches et intéressants; dans ses cliniques, des ressources inépuisables d'enseignement, et, comme corollaire, dans les salles de son amphithéâtre d'anatomie, de nombreux sujets de dissection, 300 par an en moyenne, 334 dans la dernière année scolaire. Et encore ne tire-t-on pas tout le parti voulu des ressources que pourraient fournir à ce service les divers hôpitaux.

C'est là le point vraiment regrettable que l'on est appelé à constater à Marseille dans toutes les branches qui touchent à la médecine. Les ressources indéniables qu'elle peut offrir au médecin, au chirurgien, au médecin légiste, à l'expérimentateur, à l'anatomiste, ne sont pas suffisamment exploitées, malgré les efforts louables faits dans ces dernières années par les pouvoirs publics et par la direction de l'Ecole.

La bibliothèque renferme 9,000 volumes, on a créé des laboratoires d'histologie, de physiologie, de physique, de chimie, de bactériologie, etc. Mais la bibliothèque et les musées sont à l'étroit, les laboratoires sont encore incomplets, et, faute de place, ne peuvent même pas utiliser les instruments qu'ils possèdent. Les hôpitaux sont insuffisants et refusent chaque jour un nombre considérable de malades qui pourraient alimenter des services nouveaux, ou, répartis dans des services spéciaux, fourniraient des sujets à l'étude des maladies des yeux, de la peau, des voies urinaires, etc.

Pensez qu'il n'y a pas plus d'hôpitaux actuellement qu'en 1840, alors que la popula-

meuses. Les deux variétés sont plus fréquentes chez l'homme, par suite de l'irritation causée par le tabac, et siègent habituellement sur la face dorsale.

Dans la glossite ulcéreuse, la lésion est *superficielle* ou *corticale*, *parenchymateuse* ou *profonde*.

La *glossite ulcéreuse superficielle* muqueuse ou dermique se présente cliniquement sous la forme d'indurations superficielles ou en nappe.

Quand il s'agit d'îlots isolés, ils ont des dimensions qui peuvent atteindre celles d'une pièce de 0,20, une forme arrondie ou ovalaire, quelquefois irrégulière. Ordinairement, on constate la présence de deux ou trois îlots; dans certains cas, il n'y en a qu'un, tandis que, dans d'autres, ils deviennent confluents. Au palper, on sent une rénitence lamelleuse ressemblant à celle du parchemin ou du carton. La surface, plane, parfois bombée, est rouge plus ou moins sombre, unie, lisse, de telle sorte que la muqueuse semble dépapillée, comme rosée; elle ne blanchit pas par le nitrate d'argent ou le nitrate acide de mercure.

Les nappes couvrent une surface de 2 à 5 centim. carrés et siègent le plus ordinairement sur la région antérieure et médiane. Leur couleur, d'abord rouge, tend peu à peu à devenir blanchâtre et, à la fin, elles ont un aspect parqueté bien décrit par M. Fournier; on trouve, en les palpant, la même rénitence sèche et parcheminée que dans la variété précédente.

Ces lésions ont une marche chronique. Elles présentent un certain nombre de complications : éraillures traumatiques récidivant facilement et douloureuses, gerçures et crevasses.

La *glossite ulcéreuse profonde* occupe, en général, une grande région de la langue et s'étend plus que la variété précédente. Il y a d'abord une tuméfaction très notable, tuméfaction partielle et en hauteur, très visible si la lésion est unilatérale. L'atrophie survient à une période avancée. La face dorsale de l'organe présente un mamelonnement et une lobulation très caractéristique; tantôt il y a des sillons profonds de 1 à 3 millimètres et ouverts en forme de V, tantôt de simples fentes par accolement des

---

tion était à peine le tiers de celle d'aujourd'hui, et concluez. Il n'y a même pas de service de chirurgie d'enfants.

Aussi cette pénurie d'hôpitaux semble-t-elle entraîner quelques personnes généreuses vers la création de dispensaires.

Il y a quelques années, une noble dame de Marseille, madame la comtesse Gilbert de Voisin, originaire d'une famille grecque, la famille Ralli, qui compte parmi les souscripteurs des œuvres charitables et scientifiques, entre autres celle de la tuberculose, eut l'idée de combler une lacune de l'assistance publique et de créer un dispensaire d'enfants. Elle poursuivit son idée avec persévérance, s'efforça de la propager dans son entourage, rallia à sa cause de nombreux amis et même... son mari, qui devint son plus fervent disciple, réunit une somme suffisante, et bientôt son idée fut réalisée.

Sous la direction scientifique de notre ancien camarade, le docteur Métaxas-Zani, M. le comte de Voisin visita les dispensaires déjà établis en France, au Havre, à Rouen, à Paris, prit à chacun d'eux ce qu'il avait de bon et revint à Marseille. Les plans furent bientôt faits, l'architecte travailla pour l'honneur, les entrepreneurs pour le plus juste prix, les ouvriers se mirent au niveau des inspirateurs et oublièrent de chômer le lundi; l'un donna le terrain, l'autre des portes, d'autres des fenêtres, d'autres de l'argent et, en moins d'une année, pour une cinquantaine de mille francs, le dispensaire fut construit.

Je l'ai vu, il est tout prêt à fonctionner. Il n'est pas aussi grand que le dispensaire Furtado-Heine, mais c'est tout aussi bien compris, et il n'en rendra pas moins de bons

lobules. La direction des sillons est très variable; ordinairement, il y en a un médian antéro-postérieur, d'où partent des sillons transversaux et obliques comme les nervures d'une feuille. Aucune autre cirrhose de la langue n'offre un aspect aussi lobulé. La sclérose peut se limiter à un des bords externes et reproduire l'empreinte des arcades dentaires. Les parties affectées sont le siège d'une induration qui pénètre dans la profondeur de la langue, de telle sorte que les limites en sont souvent diffuses. Au niveau des parties affectées, la muqueuse est blanchâtre et rougeâtre, les deux teintes étant mélangées; sa surface est unie, lisse, tendue, dépapillée; çà et là, quelques îlots de papules sont conservés et ont une teinte blanchâtre comme si on les avait touchés avec le nitrate d'argent.

Les érosions et les ulcérations sont fréquentes. Le plus souvent, elles sont mécaniques, traumatiques et peuvent résulter de l'action des dents; quelques-unes siègent au sommet des mamelons, où elles ont une couleur rouge vif rappelant celle des syphilides secondaires; enfin, il peut arriver que des mamelons s'ouvrent comme une gomme, l'ulcère ayant alors absolument l'aspect gommeux, c'est là la forme scléro-gommeuse.

La glossite scléreuse généralisée est une variété rare; les caractères des formes localisées sont alors étendus à toute la langue; cette dernière est énormément tuméfiée et offre une induration extraordinaire. La surface est lisse et dépapillée, avec rougeur et plaques blanches par îlots entremêlés, etc.

Les glossites gommeuses sont *muqueuses*, *sous-muqueuses* ou *musculaires*.

Les gommes muqueuses se présentent sous la forme de petites nodosités du derme, tuberculiformes, arrondies, fermes; leur volume varie de celui d'un grain de plomb à celui d'une cerise et elles forment, sur le dos ou les bords de l'organe, un léger relief quelquefois sensible seulement au palper. Leur nombre varie de 1 à 4, et elles se disposent quelquefois en fer à cheval ou forment des lignes irrégulières sur le dos de la langue. Ces gommes se ramollissent, s'ouvrent et s'ulcèrent. L'ulcération, très creuse, siège au mi-

---

services. A l'entrée, une petite chambre d'isolement pour les enfants que la religieuse gardienne de la porte pourra croire atteints d'affections contagieuses; plus loin, un hall servant de salle d'attente, donnant d'une part sur le cabinet de consultation du médecin, de l'autre sur une salle d'opérations et sur une autre salle de pansement, munie de tous les accessoires indispensables à la chirurgie antiseptique; enfin, sur un quatrième côté, une porte conduit vers un autre bâtiment où sont une salle de douches, une salle de bains, une salle de gymnastique où M. Métaxas se propose de traiter la scoliose.

Près de la salle d'opérations, sont deux petites salles contenant chacune cinq lits, destinés aux enfants qu'on opèrera et qu'on désirera conserver, ce qui vaut beaucoup mieux que de les renvoyer chez eux immédiatement après l'opération. Le chauffage des pièces a lieu au moyen de tuyaux d'eau chaude.

Ce dispensaire, situé rue Saint-Sébastien, dans un quartier bien aéré, nouvellement bâti, à ce qu'il m'a semblé, fait le plus grand honneur à celle qui en eut l'idée, et à ceux qui l'ont aidée à la réaliser.

Mais revenons au projet de la future Faculté municipale de médecine et de pharmacie.

En supposant la Faculté terminée, je ne vois pas bien non plus les étudiants se rendant l'après-midi aux cours de la Faculté, située hors de la ville, à une demi-heure de distance des hôpitaux, sur une hauteur exposée, de tous côtés, au vent ou au soleil. Je les plaindrai les jours où il fera chaud comme aujourd'hui ou froid comme par les

lieu de tissus durs, ses bords sont nettement découpés à l'emporte-pièce, à pic, son fond bourbillonneux couvert de débris d'eschare.

Les gommes profondes ou musculaires siègent presque exclusivement à la face supérieure; elles sont plutôt latérales que médianes et occupent indifféremment les parties antérieure et postérieure. Leur volume varie de celui d'un haricot à celui d'une amande, quelquefois plus et quelquefois moins; leur forme est ovoïde. Tantôt il n'y a qu'une gomme, tantôt on en rencontre plusieurs, isolées ou agminées.

On peut distinguer diverses périodes dans l'évolution de ces productions. Pendant la période de crudité, la gomme forme une tumeur solide, dure, nettement distincte des tissus environnants, que l'on trouve facilement par le palper, et qui se traduit même parfois par une tuméfaction visible. Les choses restent en cet état durant deux ou trois mois, pendant lesquels la tumeur se rapproche de la surface. A la période de ramollissement, la gomme prend une consistance pâteuse et sa partie centrale se ramollit. Au moment où l'ouverture se produit, et le médecin ne le voit jamais, les malades rendent par expuition un crachat petit, grumeleux, jaunâtre, quelquefois sanguinolent. Le pertuis est, en effet, très minime, quelquefois à peine apparent. Mais bientôt l'ulcération se reproduit et s'étend sur une surface variant de quelques millimètres à plusieurs centimètres; elle est ovalaire, antéro-postérieure, quelquefois déchiquetée, entourée d'une aréole dure et rouge. Les bords sont nettement taillés à pic et le fond bourbillonneux, point capital. La cavité peut être angulaire, irrégulière, uniforme; il est rare qu'elle soit régulièrement arrondie, comme dans les gommes des autres régions du corps. Enfin, arrive la période de cicatrisation; la cavité de l abcès devient plus régulière, plus unie, se recouvre de granulations, et il se produit une cicatrice ordinairement profonde et déprimée. S'il n'est pas traité, l'ulcère peut persister des mois.

Certaines formes de gommes sont graves : telles sont les formes confluentes et phagédéniques. Dans la forme confluente, il peut se produire jusqu'à dix noyaux, qui restent ordinairement petits; dans un cas bien

---

jours de mistral; il leur sera bien difficile d'y aborder ces jours-là, quand le mistral soufflera fort, ce ne sera pas prudent.

Enfin, je regretterai profondément que, pour créer la nouvelle Faculté, on se serve d'un palais aussi beau, dont il faudra refaire de fond en comble l'aménagement intérieur, alors que sans y toucher on aurait pu en faire un musée splendide. C'est vraiment trop beau pour un établissement sérieux comme une Faculté de médecine.

Et pourtant il y a, à Marseille, tout ce qu'il faut, en infusant un peu de sang jeune et nouveau dans le personnel enseignant, pour faire une Faculté de médecine florissante. Si on cherchait un autre endroit que le Pharo? D'autant plus qu'il y a à Marseille d'autres endroits où l'on trouverait de quoi l'y installer.

D'après l'opinion de quelques personnes compétentes, l'hôpital de la Charité, qu'on aurait reconstruit ailleurs, ou le lycée actuel, aurait mieux convenu à la Faculté, car la Charité est près de l'Hôtel-Dieu, et le lycée au centre de la ville.

Un mot, maintenant, sur une querelle survenue entre les internes des hôpitaux et l'administration de l'Assistance publique.

A la suite d'un dissentiment entre les deux parties, l'administration crut devoir sévir contre les internes et les priver de sortie pendant trois mois. Les internes protestèrent en donnant leur démission en masse. L'administration reconnut ses torts en levant la punition, et tout finit là.

Les internes avaient donc raison; mais je ne puis m'empêcher de les blâmer d'avoir donné leur démission, c'est-à-dire d'avoir refusé de soigner les malades, ce qu'un mé-

connu de Cloquet, il y avait quatre noyaux très volumineux. Le vrai phagédénisme est tout à fait rare, il se porte des parties antérieures vers la gouttière glosso-pharyngée, et quelquefois il se forme des ulcérations serpigineuses; ce sont là des cas exceptionnels.

Les différentes formes de la syphilis linguale tertiaire sont remarquables par l'insidiosité du début et la bénignité des phénomènes cliniques avant l'ulcération: il y a simplement de la gêne tenant à la déformation et à la raideur de l'organe. Après l'ulcération, la douleur apparaît; mais cette douleur manque au repos et ne se produit que pendant le fonctionnement de la langue, pendant la mastication, la déglutition, lorsque le malade parle; elle n'est, du reste, pas proportionnée à l'étendue de l'ulcère et dépend des excitations surajoutées. L'haleine est fétide. Tous ces troubles ne présentent rien de spécial et sont d'intensité moyenne. Les ganglions restent normaux.

Les glossites scléreuses guérissent si elles sont attaquées de bonne heure, mais si on ne les traite que tardivement, la lésion est définitive et persistera toute la vie. La glossite gommeuse, au contraire, a une durée relativement courte et disparaît rapidement par le traitement.

En fait, les gommes sont plus tapageuses, mais elles ont un pronostic meilleur que les scléroses, qui sont rebelles et récidivent facilement.

(*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

Bibliothèque évolutionniste. — Le darwinisme, par A. Russel Wallace. Trad. par H. de Varigny. — Paris, Lecrosnier et Babé, 1891.

La bibliothèque évolutionniste a pour but d'offrir au grand public, comme aux savants, un ensemble d'ouvrages strictement scientifiques, dus aux auteurs les plus compétents, français et étrangers, et où seront exposés avec clarté les différents principes et les diverses applications de la théorie évolutionniste. Elle n'est inféodée à aucun principe en

---

decin ne doit jamais faire. Ils avaient un bien meilleur moyen de mettre le Conseil d'administration dans l'embarras, c'était de ne pas tenir compte de la punition par trop enfantine qui leur était infligée, et de sortir comme si de rien n'était. Et alors, que serait-il arrivé? Peut-être rien. Peut-être aurait-on voulu s'opposer à leur sortie; mais alors celui qui avait fait cela tombait sous le coup de la loi, pour séquestration arbitraire. Ou bien, les internes sortis, on les aurait empêcher de rentrer. Mais, alors, c'était l'administration qui empêchait les internes de soigner les malades. et c'était elle qui se mettait dans son tort. Elle n'y serait pas restée longtemps, vous pouvez m'en croire, et aurait bien vite rouvert les portes à ses jeunes adversaires. Le résultat était le même dans les deux cas. mais, dans le dernier, c'était l'administration qui aurait eu tous les torts.

Voici qu'elle a été la composition du bureau de la section des sciences médicales :

Président : M. Chapplain (Marseille).

Présidents d'honneur : MM. Verneuil, Bouchard, S. Pirondi (Marseille), Duplouy (Rochefort).

Vice-présidents : MM. Hallopeau (Paris), d'Astros, Nepveu, Laget (Marseille), Caubet (Toulouse).

Secrétaires : MM. L.-H. Petit, Cazin, Faure-Miller (Paris), Boinet, Boy-Tessier, Reboul (Marseille).

La séance de vendredi matin a été marquée par un incident touchant. M. Bouchard a

particulier d'entre ceux qui sont à la base de cette théorie; elle est évolutionniste au sens le plus large de ce terme.

L'ouvrage de M. R. Wallace discute le problème de l'origine des espèces d'après les points de vue généraux qui ont été adoptés par Darwin, mais il le fait en prenant pour base les faits nouveaux acquis au cours de trente années de controverse et avec l'appui de beaucoup de théories anciennes ou modernes. L'auteur a essayé d'exposer la théorie de la sélection naturelle de façon que tout lecteur intelligent puisse se faire une idée claire de l'œuvre de Darwin et comprendre quelque peu la puissance et l'extension du principe fondamental de celle-ci. — P. Ch.

Nouveaux éléments de pathologie et de clinique chirurgicales, par Fr. Gross, J. Rohmer et A. Vautrin. — Paris, J.-B. Baillière, 1891.

Nous avons annoncé en son temps l'apparition du premier volume de cet ouvrage; le second vient d'être publié dans les délais fixés et comprend les maladies du cou et du tronc (rachis et moelle épinière, poitrine, abdomen, anus et rectum). Comme dans le premier volume, les auteurs se sont attachés à donner l'état actuel de la science et ont insisté surtout sur les méthodes thérapeutiques nouvelles. Nous recommandons surtout, à ce point de vue, les chapitres consacrés aux abcès du foie, aux kystes hydatiques de cet organe et au cancer du rectum. — P. Ch.

REVUE DES JOURNAUX

Contribution à l'étude de la circulation cérébrale,, par les docteurs De Bœck et Verhoogen. (*Aunales de Gand*, 1891.) — 1° Sous l'influence de l'asphyxie produite, soit par l'arrêt de la respiration chez le chien curarisé, soit par la compression de la trachée, lorsque l'animal respire naturellement, la circulation devient plus active et plus abondante dans toutes les parties du cerveau. Les auteurs croient, contrairement à Gärtner, que cette augmentation de la circulation est indépendante des modifications subies par la pression sanguine générale, mais due à une vaso-dilatation du cerveau.

2° L'éther injecté sous la peau élève la pression artérielle générale et produit en même temps une augmentation du débit des vaisseaux cérébraux; ces phénomènes se produisent lentement, progressivement, régulièrement, et continuent encore longtemps

---

rappelé qu'au dernier Congrès de l'Association, à Grenoble, il n'avait pu prendre part à nos travaux, parce qu'il était, au même moment, au Congrès de Berlin. Quelques-uns de ses amis l'ont blâmé, d'autres l'ont approuvé d'être allé à Berlin. Au nombre de ces derniers se trouvaient précisément les membres de la section des sciences médicales du Congrès de Limoges, qui ont adressé à M. Bouchard une dépêche pour le féliciter du discours qu'il avait prononcé au Congrès de Berlin. Notre éminent maître a tenu à venir cette année remercier les membres de la section des félicitations qu'ils lui avaient envoyés l'an dernier.

M. Chapplain, président de la section, a dit alors qu'il se joignait aux manifestants du Congrès de Limoges pour féliciter M. Bouchard de la manière si digne et si remarquable dont il avait représenté la science française au Congrès de Berlin, et tous les membres du Congrès ont souligné sa déclaration de leurs applaudissements.

Autre incident tout aussi touchant. Les médecins de la ville de Marseille, en particulier les professeurs de l'Ecole et les médecins et chirurgiens des hôpitaux, ont offert à mon cher maître, M. Verneuil, un banquet auquel ils m'ont fait l'honneur de m'inviter. Je leur en suis profondément reconnaissant.

M. le docteur Queirel a, sur l'invitation du président, M. Chapplain, pris la parole au nom de ses collègues pour exprimer à M. Verneuil toute la satisfaction qu'ils éprouvaient de le posséder et pour le remercier d'avoir bien voulu prendre part au Congrès de Marseille. Il l'a proclamé le représentant de la chirurgie française et a loué en d'excellents termes ses travaux si nombreux, qui embrassent presque tous les points de la chirurgie,

après l'injection. L'augmentation de l'écoulement cérébral est rapportée à la modification de la pression générale, contrairement à ce qui se passe dans l'asphyxie.

3° La morphine injectée dans les veines affaiblit les contractions cardiaques, grâce à la paralysie des ganglions impulsifs, dilate les petits vaisseaux par action vaso-motrice, anémie l'écorce et hyperémie la base, sans toutefois modifier le débit cérébral.

P. N.

De l'influence de quelques médicaments sur la marche du diabète, par le docteur G. Bufalini. (*Annales de Gand*, 1891.) — L'auteur, tout en étant d'avis que le traitement du diabète doit être surtout diététique, étudie dans son mémoire l'action d'un grand nombre de médicaments sur la glycosurie.

Il arrive aux conclusions suivantes :

Le thymol, la naphtaline n'ont aucune action sur la glycosurie, lorsque le malade est soumis à la diète mixte. Avec la diète azotée, au contraire, ces médicaments font diminuer d'une manière sensible la quantité de sucre excrété. La strychnine et le condurango, l'essence de térébenthine ozonisée, les préparations iodées, arsenicales, ne produisent qu'une diminution très peu considérable de la glycosurie.

Les médicaments analgésiques, antithermiques (antipyrine), sont utiles dans les diabètes d'origine nerveuse.

Administrés au début d'un traitement antidiabétique, ils diminuent momentanément la polyurie et la glycosurie.

La morphine, la codéine diminuent l'excrétion du sucre dans les urines, surtout lorsque les malades sont soumis en même temps au régime diététique de Cantani.

Les eaux minérales alcalines, telles que Vichy, Vals, Carlsbad, Collali (source italienne dont la composition est analogue à l'eau de Carlsbad) ont une action très favorable sur la glycosurie.

Avec l'eau de Collali, Bufalini a obtenu une amélioration notable chez les diabétiques. L'état général des malades s'améliore, le poids du corps augmente, même si le malade suit la diète mixte. Avec l'eau de Collali, la diète de Cantani est mieux supportée.

De plus, à cause de son alcalinité, elle empêche l'accumulation dans le sang des acétones qui sont la cause du coma diabétique.

En résumé, donc, Bufalini fait suivre à ses malades un régime diététique analogue à celui prescrit par Cantani.

Il défend non seulement toute espèce de pain, même celui fabriqué avec du gluten, de

---

et surtout ceux qui sont relatifs à la pathologie générale chirurgicale et aux indications opératoires.

Bien des élèves de M. Verneuil ont répandu ses doctrines dans tous les points de la France; Marseille en possède deux, et non des moins bons, MM. Nepveu et Métaxas, l'un professeur à l'Ecole de médecine, l'autre candidat à une des places des hôpitaux et de l'Ecole; l'estime dans laquelle les professeurs de Marseille tiennent les travaux de M. Verneuil nous fait bien augurer de l'accueil qu'ils feront à ses élèves aux prochains concours.

Dans la séance de clôture du Congrès, le jeudi 24 septembre, M. Bouchard a été élu vice-président du prochain Congrès, qui aura lieu en 1892, à Pau. C'est la première fois qu'un médecin est élu à cette haute dignité, dont nous sommes heureux de féliciter M. Bouchard.

L.-H. Petit.

Sirop contre la coqueluche.

Sirop d'éther..................................	àâ 20 grammes.
Sirop d'opium..................................	
Sirop de belladone..............................	
Sirop de fleurs d'oranger........................	

Mêlez. — Deux à quatre cuillerées à café par jour, dans la coqueluche. — N. G.

la légumine, mais encore toute espèce de fruits et tous les aliments qui peuvent renfermer des hydrocarbures.

Il permet des beefsteaks, le poulet rôti, les œufs, la charcuterie, le lard. Comme boisson, le vin et l'eau de Collali, qu'il substitue avec avantage à la solution d'acide lactique de Cantani.

Elle présente sur cette dernière l'avantage de faire disparaître l'acétonurie.

Quant au traitement médical, il préfère l'emploi des médicaments d'épargne (morphine, codéine) qui retardent la dénutrition des diabétiques. — P. N.

SOCIÉTÉS SAVANTES DES DÉPARTEMENTS

Sociétés de médecine de Lyon (1er semestre 1891) (1).

Hernie rétro-péritonéale. — Le docteur Adenot présente, au nom de M. Jaboulay, agrégé une pièce, peut-être unique en son genre. Il s'agit d'une hernie rétro-péritonéale développée dans le mésocôlon ascendant et accompagné d'une absence de torsion de l'intestin. Les hernies rétro-péritonéales ne sont pas rares, elles se développent toujours dans des fossettes normales du péritoine. Ces fossettes, analogues aux valvules sigmoïdes de l'aorte, peuvent être assez développées et prendre même des proportions considérables. Passées sous silence par les anatomistes français jusqu'à ces dernières années, bien étudiées en Allemagne, les fossettes du péritoine prennent le nom du segment intestinal au niveau duquel elles se trouvent placées. Au niveau du duodénum on remarque toujours une ou deux fossettes (fossettes duodénales).

Une anse intestinale peut s'invaginer dans une de ces fossettes, décoller alors le péritoine pariétal, qui, petit à petit, contribue lui-même à former la paroi de la fossette qui s'insinue entre ce péritoine pariétal et la paroi postérieure de l'abdomen, en décollant le tissu conjonctif sous-péritonéal.

Dans le cas présent, l'intestin grêle s'était peu à peu invaginé dans une fossette duodénale jusqu'au cœcum. Ce dernier, placé dans l'hypochondre droit, était facilement reconnaissable par l'appendice iléo-cœcal. En suivant le gros intestin, on voyait le côlon ascendant placé au niveau du petit bassin, le côlon traverse suivait, remontant sur le côté gauche de l'abdomen jusqu'au coude sous-costal gauche, séparant le côlon transverse du côlon descendant. L'S iliaque et le rectum se trouvaient dans leur situation ordinaire.

Donc le côlon ascendant et le transverse formaient une vaste arcade à concavité supérieure et droite au centre de laquelle se trouvait la hernie qui présentait le volume d'une tête d'adulte. En tirant l'iléon et en le suivant, on déplissait peu à peu tout l'intestin grêle placé dans la poche rétro-péritonéale. Cette poche, une fois vide, s'affaissait complètement. La paroi en était d'ailleurs très lisse. Elle touchait en haut la grande courbure de l'estomac et le duodénum.

Bien des coins restaient encore obscurs. M. Jaboulay, par l'injection des vaisseaux, reconnut :

1° Que le duodénum, dans sa troisième portion, restait à gauche et en avant de l'artère mésentérique supérieure au lieu d'être croisée en avant par elle. On sait que M. Glénard a insisté cliniquement sur ce rapport de l'artère mésentérique et de la troisième portion du duodénum près de l'angle duodéno-jujénal.

2° Les artères de l'intestin grêle naissaient de la concavité de la mésentérique et se trouvaient à droite, au lieu de la convexité gauche.

3° Les artères coliques droites placées à gauche naissaient de la connexité de l'artère.

4° Les branches de la mésentérique inférieure ne présentaient rien de particulier, si ce n'est que la grande anastomotique rejoignait la mésentérique supérieure par en bas ou au niveau du côlon transverse changé de place.

En résumé, le gros intestin n'avait pas subi sa torsion habituelle. Resté à gauche et

(1) Suite. — Voir les numéros des 22 et 24 septembre 1891.

en bas, l'intestin grêle se développait à droite et en haut. En faisant passer artificiellement la tumeur par dessus le gros intestin abaissé on pouvait facilement reproduire l'état normal. Il est impossible de savoir si le défaut de torsion de l'intestin, anomalie congénitale, a été la cause de la hernie, ou si, au contraire, cette dernière a empêché la torsion de se produire.

Dans tous les cas, les faits d'absence de torsion intestinale publiés, et en particulier celui de M. Farabeuf (*Progrès médical*, 1885), s'accompagnent toujours d'un arrêt de développement du gros intestin. Dès lors le défaut de torsion est rationnellement et facilement explicable. Au contraire, dans le cas présent, le gros intestin présentait une longueur de 1 m. 75, c'est-à-dire de 5 centimètres plus grande que la moyenne de longueur normale. Cliniquement, on ne sait quels phénomènes présentait ce malade. Il s'agit d'une trouvaille d'amphithéâtre, la carte d'identité du cadavre n'a pu être retrouvée.

On sait que les tentatives cliniques faites pour établir le diagnostic de ces hernies rétro-péritonéales en dehors des étranglements plus faciles peut-être à se produire sont restées infructueuses.

Quoi qu'il en soit, cette pièce est très remarquable et certainement unique. Dans son récent mémoire sur les hernies rétro-péritonéales, Jonesco ne signale aucun fait semblable sur 64 cas de hernies duodénales rétro-péritonéales.

Sur la rigidité syphilitique du col de l'utérus. — M. Blanc fait une communication sur la rigidité syphilitique du col.

Parmi les causes de dystocie, on reconnaît une rigidité spasmodique, anatomique et pathologique. Doléris a signalé plusieurs cas de rigidité syphilitique. L'observation suivante paraît être un nouvel exemple.

Une femme ayant eu deux accouchements normaux et rapides accouchait au mois de novembre dernier. Cette fois la dilatation s'est faite très lentement. Sur le milieu de la face antérieure du vagin, il existait une nappe sclérosée s'étendant jusque sur le col. Celui-ci, dont la moitié antérieure présentait des indurations sclérosiques, était irrégulièrement tuméfié. La dilatation était à 5 francs.

Après une expectation de quelques heures, il y eut indication de se hâter. M. Blanc pratiqua des incisions latérales du col et fit une application de forceps. L'enfant, retiré vivant, a succombé après quelques jours, avec un état cachectique.

Le mari de la malade avait eu des chancres mous sur le prépuce et un chancre induré dans le sillon balano-préputial suivi d'accidents secondaires deux mois avant l'accouchement.

Sur la malade elle-même, un médecin avait constaté des chancres mous et des syphilides papuleuses. La tuméfaction dure et rouge de la lèvre antérieure du col avait permis d'annoncer une dystocie probable. Dans ce cas, le diagnostic est certain, il s'agit d'une induration syphilitique provoquée par la localisation primitive sur le col.

La rigidité syphilitique peut être due au chancre qui laisse après sa guérison une induration profonde et persistante.

Dans trois observations, la rigidité était due à la localisation sur le col de plaques papulo-érosives.

Il est possible que des accidents tertiaires produisent également la rigidité.

Pour expliquer la rareté de cette rigidité par rapport à la fréquence de la syphilis, on peut invoquer les raisons suivantes : il est nécessaire que la femme ait eu des accidents sur le col, et que ces accidents aient eu une certaine dimension. De plus, les soins médicaux produisent une modification plus ou moins grande des accidents syphilitiques.

Pour remédier à cette cause de dystocie, il faut faire des incisions sur le col; celles-ci doivent être portées d'emblée jusqu'à l'insertion du vagin. A ce moment, la tête est suffisamment fixée pour qu'on n'ait pas à redouter de déchirures plus grandes. Au contraire, de petites incisions nécessitent des déchirures, et on ne sait pas dans quelle direction celles-ci se feront.

Après l'accouchement, il est préférable de faire la suture du col pour éviter l'hémorrhagie et les accidents septicémiques ou éloignés qui peuvent se produire. (*A suivre.*)

COURRIER

L'Ambulance mobile en carton de M. Espitallier aux manœuvres de l'Est. — A Vitry, pendant les manœuvres, on a pu voir une installation fort ingénieuse d'ambulance mobile en carton comprimé, due au commandant Espitallier, du génie. Cet officier supérieur a imaginé un carton comprimé ayant subi une préparation spéciale qui le rend dur, compact et inaltérable, tout en restant d'une légèreté extrême.

Des panneaux creux de ce carton, ayant 3 mètres de haut et 1 m. 60 de large sur 10 centimètres d'épaisseur, laissant entre eux un creux de 8 centimètres, véritables tubes plats, sont assemblés d'une façon fort ingénieuse et, sans aucune carcasse de fer ou de bois, forment une vaste salle pouvant contenir une vingtaine de couchettes; des tirants en fer, très légers, assurent la solidité de la carcasse. Le toit, de même matière, a une inclinaison assez prononcée et, par des trous intérieurs, permet l'évacuation de l'air vicié sous l'arêtier qui forme le faîte. Des vides dans les murailles donnent des fenêtres, où les vitres sont remplacées par une toile métallique très légère recouverte d'un enduit transparent. Cette invention appartient à M. Lefort, d'Alfortville, le constructeur du système. La tente repose sur un plancher qui peut être placé soit sur le sol nu, soit sur des chevalets, soit encore, comme à Vitry, sur des camions; l'ensemble de cette construction, légère, aux parois brillantes, est très gai à l'œil. Une annexe, établie pour la première fois dans l'installation de Vitry, contient des cabinets d'aisance recouverts d'un aggloméré antiseptique, posé sur toile métallique, appelé à rendre les plus grands services et que le commandant Espitallier a employé en grand pour les commodités du camp de Châlons. Les parois sont recouvertes du même enduit, dont les propriétés antiseptiques sont très grandes. Aussi a-t-on bien ri dans le service de santé en voyant les régiments faire passer à la chaux les parois qui devaient les préserver des épidémies.

L'ambulance Espitallier, qui peut atteindre un réel cachet d'élégance au moyen d'un enduit et de l'estampage, revient à un prix relativement bas. Trois heures suffisent pour la monter avec quatre ou cinq hommes. Les membres du corps de santé estiment qu'elle est infiniment supérieure, à tous les points de vue, aux hôpitaux temporaires sous la tente. Elle rendra les plus grands services dans une bataille où les ressources locales feraient trop complètement défaut à l'arrière de l'armée. (*Progrès méd.*)

Poste médical. — On demande un docteur en médecine pour la commune de Villeneuve-Loubet (Alpes-Maritimes). Voisinage du chemin de fer et de la mer. Une donation assure 1,000 francs par an au médecin qui accepterait. — S'adresser au maire.

Il semble que, dans cette région encombrée de médecins, une commune située à deux pas de la mer et à vingt minutes de deux gares devrait en être pourvue. S'il n'en est pas ainsi, c'est qu'on la croit suffisamment desservie par les médecins de Cannes et d'Antibes. Outre le bien qu'il ferait, un médecin trouverait de sérieux avantages à accepter cette situation. C'est pour appeler l'attention sur elle qu'un propriétaire des environs de Villeneuve a institué la rente dont nous venons de parler.

— On demande un **docteur en médecine** au Madagascar, avec très beaux appointements fixes. — S'adresser à M. le docteur Bernheim, 28, boulevard Saint-Martin.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

La diète dans les maladies aiguës,

Par le docteur A. MANQUAT,

Médecin-major de 2e classe, répétiteur de thérapeutique et de matière médicale à l'Ecole du service de santé militaire de Lyon (1).

L'importance de la diète proprement dite, ou privation plus ou moins complète d'aliments, a frappé les médecins de tous les temps, et dans l'oubli qui a pu être fait, à certaines époques, de l'hygiène thérapeutique, la diète a toujours conservé un rôle capital. Son usage est né de cette observation, que les fébricitants refusent instinctivement la nourriture. Plus tard, on lui chercha des explications physiologiques; sous l'empire de sa doctrine, Broussais prescrivait la diète absolue; par esprit de réaction, ses adversaires ordonnaient des viandes et du vin.

Pour éviter toute exagération dans l'application de la diète, il faut prendre en considération diverses circonstances : 1° l'état du tube digestif au point de vue de la facilité de la digestion et de l'absorption; 2° l'état de la nutrition au point de vue de la désintégration organique; 3° les avantages et les inconvénients de la diète; 4° les avantages et les inconvénients de l'alimentation.

État du tube digestif dans la fièvre. — Pendant la fièvre, l'appétit est ordinairement nul; la sécrétion de la salive fait défaut et la bouche est sèche; on observe souvent des nausées et des vomissements. En outre, la fièvre diminue dans de notables proportions la quantité du suc gastrique et sa qualité. La sécrétion de l'acide chlorhydrique est abolie ou considérablement diminuée (Manassein, Schelhaas, Uffelmann, Gluzinski, etc.). Chez deux malades, on rechercha le ferment lab sans le trouver (Wolfram) (2). Dans les affections chroniques fébriles, au contraire, on trouverait constamment un suc gastrique normal, ce qui expliquerait la conservation de l'appétit, si fréquente chez les tuberculeux fébricitants. Quant à la pepsine, elle doit être peu modifiée, car le suc gastrique conserve son pouvoir peptique, à condition d'être additionné d'acide chlorhydrique (Manassein, Gluzinski).

La sécrétion des sucs intestinaux paraît plus compromise encore; le suc

(1) Extrait du *Traité de thérapeutique, de matière médicale et de pharmacologie,* par A. Manquat, 2 vol. in-8° qui paraîtront prochainement à la librairie J.-B. Baillière et fils.

(2) Lyon, thèse, Paris, 1890, p. 128.

pancréatique et souvent la bile sont diminués ou même font défaut; ce qui indique déjà que la digestion des graisses sera difficile ou impossible.

Le pouvoir d'absorption des organes digestifs est considérablement diminué, et cela, même pour les substances qui n'ont pas besoin d'élaboration digestive, comme certains médicaments (digitale, iodure de potassium), ainsi que Stricker l'a constaté pour ce dernier. Les villosités intestinales, plus ou moins altérées dans leur fonction ou leur texture, se prêtent d'autant moins à l'absorption que l'élaboration digestive est elle-même moins parfaite. Dans la fièvre typhoïde, par exemple, tout le réseau des lymphatiques est affecté; les ganglions mésentériques sont enflammés; l'absorption par les chylifères est troublée dans la plus grande partie du tube intestinal; les boissons pénètrent dans l'économie, mais par le réseau veineux de la veine porte (Dujardin-Beaumetz) (1).

État de la nutrition. — Abstraction faite de la cause et du mécanisme de l'hyperthermie, il est constant que, dans l'état de fièvre, il y a production exagérée de déchets organiques, en particulier de l'urée et de produits moins oxydés qui s'éliminent par l'urine. Quant à l'acide carbonique, on admet généralement qu'il est produit en excès, et non simplement exhalé en plus grande quantité grâce à la fréquence des mouvements respiratoires. Quoi qu'il en soit, une certaine quantité de produits de désintégration s'accumulent dans l'économie et doivent être éliminés par les urines, la sueur et les matières fécales (2).

Il faut ajouter que, la fièvre étant déterminée par un agent infectieux, il se produit par ce fait dans l'organisme des substances toxiques extrinsèques qui s'ajoutent aux produits de désintégration organique. Ainsi, par exemple, dans la fièvre typhoïde, les matières organiques entrent dans la toxicité des urines pour 45 p. 100, au lieu de 15 p. 100, chiffre normal (Lépine).

Il résulte de là, au point de vue de la nutrition, deux faits : 1° Il y a usure des albuminates et probablement de la graisse; 2° il y a accumulation dans l'économie des produits de désintégration organique et des produits d'origine infectieuse.

Action physiologique. — *Avantages et inconvénients de la diète.* — I. Les effets de la diète sont de deux ordres : les uns utiles, les autres désavantageux.

a) *Effets utiles.* — 1° La diète épargne les voies digestives impropres à la digestion et à l'absorption, et encombrées de sécrétions morbides; 2° elle est un moyen puissant d'abaisser la température; 3° elle favorise la résorption des liquides épanchés dans les tissus, et par conséquent diminue la congestion des organes; 4° en diminuant la masse liquide, elle diminue le travail du cœur, toujours plus ou moins impressionné par la fièvre; 5° elle s'oppose à l'entrée d'un certain nombre de produits toxiques contenus dans la plupart des aliments et qui s'ajouteraient à ceux créés par la maladie; 6° la diète évite les modifications vasculaires qui accompagnent la digestion et l'absorption, et qui favorisent la congestion de certains organes, en particulier du foie, des poumons et du cerveau.

(1) Dujardin-Beaumetz, *Hygiène thérap.*, p. 226, 1887.

(2) Dans la fièvre typhoïde, par exemple, le sang contient de 7 à 9 grammes p. 100 de matériaux extractifs, tandis que, à l'état normal, il n'en renferme que 4 grammes à 4 gr. 05 p. 100 (Albert Robin).

b) *Effets désavantageux.* — Il résulte des expériences de Chossat que, dans la diète absolue, le corps se détruit d'une quantité de matière proportionnée au déficit de l'aliment, parce qu'il fournit de sa propre substance, pour la dépense journalière, tout ce que l'aliment ne donne pas (Bouchardat). Il en résulte une diminution du poids du corps. Les enfants et les vieillards supportent moins bien la diète que les adultes. C'est pendant les premiers et derniers jours de la diète que la perte maximum de poids a lieu (Chossat).

La diète est donc une cause d'affaiblissement, alors que l'organisme a besoin de toutes ses forces pour lutter contre la maladie.

Tous les observateurs ont noté en outre que, chez les fébricitants soumis à une diète trop rigoureuse, la convalescence est plus longue et plus difficile, et le retour à l'alimentation normale plus difficile et plus périlleux que chez ceux qui ont été nourris.

II. *Avantages et inconvénients de l'alimentation.* — Les aliments bien digérés, et qui introduisent sans effort dans l'organisme des éléments assimilables, empêchent l'usure organique, donnent au malade la force de subir l'assaut de la maladie et de résister jusqu'au moment où celle-ci sera épuisée. Dans ces conditions, l'alimentation abrège la convalescence et favorise le retour définitif à la santé. Mais ces avantages ne doivent pas faire perdre de vue les inconvénients d'une alimentation intempestive; Hippocrate avait déjà remarqué qu'*il est aussi nuisible de nourrir trop peu que de nourrir trop.* Nourrir trop est passible des reproches suivants :

1° Les aliments irritent les voies digestives à l'égard desquelles ils jouent le rôle de corps étrangers; ne pouvant être ni absorbés ni digérés, ils provoquent souvent des vomissements et de la diarrhée;

2° L'alimentation est suivie d'une élévation de température d'autant plus marquée que les substances ingérées sont plus abondantes, d'une élaboration plus difficile, ou dans un plus grand état de condensation. L'élévation thermique est à son maximum au moment de la digestion; elle peut être évitée par un choix judicieux des aliments, par l'ingestion fractionnée de petites quantités à la fois;

3° La digestion et l'absorption des aliments s'accompagnent d'une accélération de la circulation;

4° S'il existe une tendance aux exsudations, la réplétion de la circulation qui suit l'absorption la favorise (fait facile à vérifier dans la pleurésie);

5° Certains aliments, en particulier les viandes, introduisent dans l'économie des substances toxiques et rendent la dépuration de l'organisme plus laborieuse.

Conclusions. — La diète, à condition de n'être pas absolue, ce qui conduirait à l'inanition, est un procédé thérapeutique dont on peut tirer grand parti; elle ne comporte pas de règle absolue; elle varie nécessairement suivant l'état des voies digestives, la durée de la maladie, l'intensité de la désassimilation dans chaque maladie et l'état individuel (âge, santé antérieure du malade). Son importance est capitale; *on ne fait pas de bonne médecine sans une sage direction de la diète.* L'alimentation est utile, à condition d'être soumise à des précautions minutieuses; « la vie du malade en dépend. Nous discuterons le bouillon ou le potage; le café au lait ou l'œuf; la tisane commune ou la boisson vineuse avec le même soin, le même scrupule, la même solennité que s'il s'agissait d'une formule médicamenteuse. » (G. Sée.)

Digestibilité des aliments dans la fièvre. — *Viande.* — La viande, sous forme solide ou même consistante, doit être proscrite chez les fiévreux parce que le suc gastrique nécessaire à la digestion est rare, et que, la tonicité de l'estomac étant amoindrie, les fragments volumineux des aliments sejournent dans sa cavité et s'y décomposent. Dans les maladies très longues (fièvre typhoïde), si l'on veut prescrire la viande, il faut que celle-ci soit réduite en pulpe, privée de toutes ses parties fibreuses et passée au tamis. On en donnera seulement 28 ou 30 grammes dans une tasse de bouillon (G. Sée). Dans la fièvre, tous les aliments, sans exception, doivent être prescrits en petite quantité.

Lait. — On n'est pas édifié rigoureusement sur la valeur du lait dans la fièvre. Suivant G. Sée, il se digère mal; Dujardin-Beaumetz croit qu'il n'agit que par l'eau et les substances salines qu'il renferme. N'est-ce pas être un peu sévère pour un aliment qui nous rend de si grands services chez les malades, et peut-on affirmer sans réserve que les albuminoïdes et les graisses qu'il renferme, d'une digestion difficile *in vitro* sous l'influence du suc gastrique, ne subissent aucune élaboration dans les voies digestives?

Le lait est utile sans contestation par son action diurétique qui lui permet d'éliminer les substances toxiques de l'organisme sans en ajouter. C'est un aliment indispensable dans la convalescence.

Œufs. — L'albumine de l'œuf exige, pour se digérer, l'intervention d'un suc gastrique assez chargé en HCl, acide qui manque précisément dans la fièvre; aussi faut-il administrer les œufs délayés dans du bouillon qui excitera la sécrétion gastrique, et à peine cuits, de façon à ce que le contact avec le suc gastrique soit plus intime.

Bouillon. — Le bouillon plaît aux malades; s'il est vrai qu'il ait peu de valeur nutritive, du moins celle-ci est-elle entièrement utilisée en raison du faible travail digestif que nécessite cet aliment. On augmente la valeur nutritive du bouillon en mettant la viande dans l'eau froide, et en évitant que celle-ci ne s'élève au dessus de 60° à 70°; dans ces conditions, l'albumine n'est pas coagulée à la surface de la viande que l'eau pénètre facilement; ce qui lui permet de retenir une bonne quantité d'albumine; le bouillon contient, en outre, des sels minéraux (chlorures et sulfates). Cette richesse en sels minéraux réalise une indication précieuse, puisque le fébricitant subit une déperdition minérale importante; c'est, du moins, ce qui existe dans la fièvre typhoïde où les malades perdent en vingt-quatre heures 3 à 4 grammes de chlorure de sodium, 1 gr. 50 à 2 grammes d'acide phosphorique, 2 gr. 967 d'acide sulfurique et 1 gr. 736 de potasse (A. Robin). C'est, suivant l'expression d'A. Robin, une véritable *inanition minérale*, réparable par le bouillon qui renferme 10 gr. 724 de sels solubles par litre (Chevreul).

Gélatine. — Si la gélatine n'a pas par elle-même la valeur nutritive des albuminates, elle a, par contre, les avantages d'une digestion facile et d'enrayer la désintégration moléculaire des éléments organiques; elle est, à ce point de vue, très recommandable sous toutes ses formes (bouillon gélatineux de jarret de veau, beeftea) (G. Sée).

Fécules. — Les malades supportent et digèrent bien les féculents qu'on peut leur prescrire sous forme de pâtes ou dans du bouillon.

Sucres. — Le sucre pénètre dans le sang sans élaboration digestive; aussi est-il volontiers donné aux fiévreux, surtout en tisanes. Toutefois le sucre

de canne n'est pas directement assimilable, il le devient quand il a été transformé en glucose, soit dans les voies digestives, soit dans le foie.

Graisses. — Elles doivent être exclues de l'alimentation des fièvreux, qui n'ont que très peu de suc pancréatique, et dont les villosités intestinales absorbent fort mal; l'indication est assez nette pour qu'on doive même dégraisser le bouillon.

Boissons. — L'eau pure, les limonades simples ou vineuses, les eaux gazeuses, les tisanes aromatiques, le lait étendu d'eau, les décoctions de riz ou d'orge, constituent les boissons habituelles dans la fièvre. L'addition de sucre augmente encore leur valeur nutritive.

L'alcool dilué et ingéré en petites quantités est absorbé sans élaboration digestive et sans laisser de résidus; il joue le rôle d'un aliment. Il peut donc être souvent prescrit sous forme d'eau vineuse ou d'eau alcoolisée, mais nous verrons ultérieurement que l'alcool « est un agent de stimulation plutôt qu'un aliment recommandable » (Hayem). A doses élevées, il attaque vivement le protoplasma et le prive de la vitalité nécessaire à la résistance : « Tout est dans la dilution, dans la dose et son fractionnement. » (Bouchardat).

Dans les maladies aiguës, les boissons abondantes sont indispensables à l'élimination des produits de désintégration organique. Leur température doit varier avec le but qu'on se propose; chaudes ou froides, leur ingestion est le point de départ de réflexes, utiles ou nuisibles suivant le cas, et que le médecin doit rechercher ou éviter.

Direction de la diète. — Les données précédentes suffiront pour prescrire l'alimentation dans tel ou tel cas particulier. Ajoutons seulement que la diète absolue ne doit être prescrite qu'exceptionnellement, dans des maladies très courtes, ou pendant un temps très court; on doit revenir, dès que cela est possible, à une alimentation spéciale, bien différente d'ailleurs de celle de l'homme sain.

Il est donc admis que tous les malades seront nourris plus ou moins; mais il y a un double écueil à éviter dans la direction de la diète, écueil mentionné depuis Hippocrate par tous les cliniciens : *Nourrir trop ou nourrir trop peu.* L'instinct des malades, qui résulte généralement de l'état des organes, est un indice important, mais non d'une rigueur absolue. Il est des cas où il faut solliciter le malade à prendre quelque nourriture; plus souvent il est nécessaire de modérer ses tendances. Il arrive, en effet, que, à la suite d'un raisonnement naïf, il redoute la diète dans la crainte de perdre ses forces; il croit lutter contre la maladie en surmontant sa répugnance à absorber beaucoup d'aliments ou une quantité immodérée de boissons alcooliques.

Les médecins eux-mêmes ont parfois de la peine à faire abstraction de leurs goûts personnels, qu'ils prennent pour des règles d'hygiène. Les uns, peu portés à une nourriture abondante, persuadés que la plupart du temps nous ingérons plus d'aliments qu'il ne nous est nécessaire, voient surtout les avantages de la diète, et son enclins à en exagérer les indications; les autres, gros mangeurs eux-mêmes, estiment qu'il est nécessaire de prendre une nourriture abondante et substantielle, accompagnée de boissons alcooliques corsées. Pour ceux-ci, la diète est pleine de dangers; aussi poussent-ils leurs malades à manger et prescrivent-ils volontiers les boissons alcooliques.

Ces deux pratiques opposées ne sont pas sans dangers. La diète a des avantages et des inconvénients; obtenir les uns en évitant les autres est un but qu'on réalisera en proportionnant toujours la quantité et la qualité des aliments à la capacité digestive des malades, en tenant compte de la nature plus ou moins consomptive de la maladie et du procédé naturel de la guérison. Si la fièvre typhoïde réclame une alimentation relativement large, un peu d'alcool ou mieux de vin, la pneumonie qui n'est pas une maladie anémiante, mais qui est sujette aux congestions, se trouve bien d'une diète un peu sévère, du rationnement parcimonieux du vin, et, dans la généralité des cas, de l'abstinence d'alcool. L'épanchement pleurétique augmente sous l'influence des modifications circulatoires et des variations de pression sanguine que déterminent la digestion et l'absorption; on prescrira donc des aliments très légers, et en petite quantité à la fois. Le lait est, dans ce cas, l'aliment de choix; la capacité digestive à son égard n'est pas abolie, il est bien supporté, et son usage exclusif est, sans contredit, un des moyens les plus rapides d'obtenir la résorption de l'épanchement.

REVUE DES CLINIQUES

Généralisation de la tuberculose après un traumatisme. — Délire post-pneumonique, par M. Jaccoud (1). — La notion de l'élément bacillaire dans la tuberculose ne doit pas empêcher d'étudier les conditions étiologiques dans lesquelles se produit cette maladie, ou se fait la généralisation. Le froid, comme le traumatisme, peut jouer un rôle important. Dans le fait suivant, le second de ces éléments agit dans des conditions très particulières. Un homme de 47 ans avait eu, huit ans auparavant, une affection suppurative du testicule ayant tous les caractères de la tuberculose et ayant seulement laissé à sa suite un noyau induré. La santé resta parfaite pendant ces sept années lorsque, à ce moment, cet homme fut atteint de fractures des côtes multiples : ce traumatisme guérit bien, mais il fut suivi d'hémoptysies et, à partir de ce moment, la santé fut complètement altérée et le malade dut entrer à l'hôpital où on reconnut tous les signes d'une tuberculose avancée.

Cette tuberculose est évidemment due au traumatisme, et il est certain que, sans cet accident, le foyer initial que portait le malade dans son économie n'aurait pas subi cette diffusion. Ce traumatisme a donc été cause non seulement de la diffusion, mais aussi de la localisation, et on peut être assuré que sans lui la tuberculose aurait pu rester indéfiniment localisée dans son foyer primitif.

Ce malade a présenté, en outre, un incident intéressant au point de vue bactériologique. Pendant son séjour à l'hôpital, il fut pris d'une fièvre brusque avec tous les caractères généraux d'une pneumonie, bien qu'à l'auscultation on ne trouvât pas de foyer pneumonique et seulement les signes d'une bronchite intense. Mais l'examen bactériologique montra une donnée importante : pendant que tout le temps dura cet incident, les crachats contenaient le pneumocoque en même temps que le bacille. C'est donc un de ces cas de bronchite à pneumocoques dont Duflocq et Ménétrier ont signalé l'existence et dans lesquels tout, sauf les signes dus à la condensation pulmonaire, se passe comme dans la pneumonie. Au bout de sept jours, cet incident n'avait pas laissé de suites ; mais, quelque temps après, on put constater une nouvelle localisation de l'infection tuberculeuse. Les urines renfermaient un peu d'albumine, ce qui est assez habituel dans ce cas ; mais, de plus, elles furent modifiées, dans leur aspect, devenant un peu sanguinolentes, et laissant un dépôt purulent et souvent granuleux. Sans autre examen que ces caractères rapprochés de l'état du malade, on peut conclure que l'urine ainsi altérée, en raison surtout de l'aspect granuleux du dépôt, est caractéristique de la tuberculose rénale.

(1) D'après le *Journal de médecine*

Cette complication était d'autant plus à présumer que la tuberculose a commencé par les organes génitaux, et d'ailleurs on a trouvé au toucher une prostate tuberculeuse.

L'examen du dépôt et principalement de ces grumeaux a montré aussi qu'ils contenaient des bacilles en quantité notable, de telle sorte que la tuberculose a été confirmée ainsi, ce qui ne se produit pas dans tous les cas.

Ici la tuberculose rénale est arrivée à la dernière période, comme complication ultime. Chez un autre malade du service, c'est elle, au contraire, qui a débuté ou, tout au moins, elle s'est montrée à une époque où la lésion eût été impossible à reconnaître sans l'examen histologique des crachats, de telle sorte qu'il eût pu succomber à la lésion rénale sans même que le foyer pulmonaire eût été reconnu, ou tout au moins bien avant que ce dernier eût déterminé des lésions graves. Mais c'est là un cas, il faut bien le savoir, tout à fait exceptionnel.

Les accidents cérébraux qui viennent en certains cas marquer la convalescence de la pneumonie, présentent une grande importance pratique au point de vue du diagnostic, car de ce diagnostic dépend le choix du traitement, lequel est fort différent, suivant les circonstances. Une malade du service, arrivée au onzième jour d'une pneumonie, a accompli sa défervescence après avoir subi deux attaques de collapsus qui l'ont mise en danger de mort pendant plusieurs heures. Il y avait un commencement de résolution, mais l'état général était mauvais et il n'y avait pas concordance avec la défervescence thermométrique. Après une nouvelle poussée temporaire, les lésions pulmonaires paraissaient entrer en résolution et on aurait pu être rassuré sur l'état de la malade, si elle n'avait présenté un certain nombre de troubles cérébraux sérieux.

Au début il y avait seulement un peu d'obtusion ; plus tard il y eut un délire complet, mais non bruyant : en même temps de l'incontinence d'urine, et de la salivation involontaire.

C'est là un ensemble de désordres cérébraux que l'on rencontre assez souvent après la défervescence, et plus la maladie a été grave, plus on a de chances de les voir apparaître : on peut d'ailleurs les voir survenir après toutes les maladies fébriles d'une certaine intensité, et il ne faut pas voir là une complication tout à fait insolite.

Il peut pourtant y avoir là une difficulté de diagnostic, car ces accidents qui souvent sont le résultat de l'anémie cérébrale, sont souvent aussi le phénomène initial d'une méningite. La distinction est fort importante, car le mode de traitement est absolument différent.

Pour ce diagnostic, on ne peut compter sur ce caractère propre des symptômes ; le délire, l'incontinence d'urine ou la rétention sont analogues. Il faut donc chercher ailleurs les éléments de ce diagnostic. On les trouve tout d'abord dans la fièvre. Celle-ci, en cas de méningite, reprend avec intensité, et, si elle n'a pas cessé, elle persiste après le début de la défervescence.

La reprise de la fièvre, et c'est le cas le plus fréquent, n'est pourtant pas une raison absolue pour qu'il y ait méningite, car elle peut coïncider avec quelque poussée du côté d'un autre organe, et ce n'est qu'après un examen approfondi qu'on pourra se prononcer.

L'apyrexie, au contraire, permet d'éliminer la méningite. Dans cette dernière maladie, les vomissements répétés et la constipation sont encore des phénomènes habituels, mais ils ne sont pas fondamentaux.

Le fait le plus important, au point de vue du diagnostic, est de connaître l'évolution antérieure de la maladie, car si le malade a été impressionné de manière à pouvoir tomber dans l'anémie, il y a là une grande probabilité pour qu'il s'agisse d'anémie cérébrale. Ainsi, dans ce cas particulier, il y a une pneumonie très grave, avec deux atteintes de collapsus cardiaque, qui suffisent à expliquer la profonde atteinte de l'économie : d'ailleurs l'absence complète de fièvre permet d'éliminer la méningite. Aussi le traitement doit-il être essentiellement stimulant : on donne une potion contenant 60 grammes d'alcool, 4 grammes d'extrait de quinquina et 4 grammes d'acétate d'ammoniaque, et on y ajoutera encore 125 grammes de vin de quinquina et des inhalations d'oxygène. On peut espérer triompher ainsi de ces accidents : la vie ne paraît pas en danger, mais on peut craindre que pendant fort longtemps, comme après la fièvre typhoïde, le rhumatisme ou tout autre maladie fébrile, le délire ne persiste.

REVUE DES JOURNAUX

Un moyen de conserver la liqueur de Fehling, par le docteur L. Patel (*Revue de thérapeutique*). — Il n'est pas de médecin qui n'ait eu le désagrément de constater avec quelle facilité la liqueur de Fehling précipite avant toute addition d'urine pour peu que sa préparation remonte à quelques semaines. Il est un moyen simple d'éviter cet inconvénient, c'est de préparer et de conserver séparément d'un côté la solution de sulfate de cuivre, de l'autre, la solution alcaline et de n'en opérer la réunion qu'au moment de s'en servir.

On sait que la liqueur de Fehling est ainsi composée :

Sulfate de cuivre cristallisé	34 gr. 65.
Sel de Seignette (tartrate de potasse et de soude).	175 grammes.
Lessive de soude	300 c. c.
Eau distillée	q. s. p. 1000 c. c.

Les 175 grammes de sel de Seignette exigent, pour se dissoudre, 300 centimètres cubes d'eau distillée qui, réunis aux 300 centimètres cubes de lessive de soude, formeront une solution de 600 centimètres cubes. Les 34 grammes de sulfate de cuivre seront dissous dans les 400 centimètres cubes d'eau distillé restants, on n'aurait donc plus qu'à mélanger ces deux solutions pour obtenir un litre de liqueur de Fehling : mais on comprend qu'il est préférable de n'opérer la réunion que d'une fraction de ces deux solutions, ce qui permettra de ne former que juste la quantité de liqueur de Fehling utilisable, il suffit que l'on ait soin de faire le mélange dans les proportions voulues. Ainsi, au moment de faire une analyse qualitative, on n'aura qu'à prendre successivement, avec une pipette graduée, 6 centimètres cubes de la solution alcaline et 4 centimètres cubes de la solution de sulfate de cuivre et à les réunir dans le tube à essai pour obtenir 10 centimètres de liqueur de Fehling toute fraîche ; il se fait un magma bleuâtre qui se redissout instantanément en donnant la belle couleur bleue caractéristique.

Depuis un an, je me sers d'une liqueur de Fehling ainsi préparée en deux solutions, et rien ne me fait croire qu'elles aient subi une altération quelconque.

Je recommande ce procédé aux praticiens qui ne demandent qu'à faire une analyse qualitative des urines de leurs malades. Je ne vois du reste rien qui s'oppose à l'emploi de ces solutions pour une analyse même quantitative, il suffit de mesurer avec soin et d'opérer le mélange d'une plus grande quantité de liquide pour annihiler les causes d'erreur. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 septembre 1891. — Présidence de M. Tarnier.

La correspondance comprend :

1° Un travail intitulé : « De la galvano-tuberculose; méthode nouvelle pour obtenir la destruction du bacille de Koch dans les tissus, ainsi que les autres éléments pathogènes microbiens », par M. le docteur Millot-Carpentier (de Montécouvez);

2° Un rapport sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en 1890 sur les élèves des écoles de la commune de Canet (Aude), par le docteur Germa.

Un cas d'amnésie post-éclamptique. — M. Charpentier lit un rapport sur un cas d'amnésie post-éclamptique, dont l'observation a été envoyée par M. le docteur Bidon (de Marseille).

— M. Cadet de Gassicourt lit un rapport sur les travaux envoyés par les candidats au prix Montyon.

De la diplopie mono-oculaire comme symptôme cérébral. — Pour M. Duret, la diplopie mono-oculaire est le résultat, dans la plupart des cas, d'un trouble physique ou dynamique des milieux de l'œil.

Il est cependant des circonstances où, sans aucune perturbation appréciable des milieux, on voit la vision double se manifester dans le regard d'un seul œil.

Les ophthalmologistes attribuent à ce trouble une cause cérébrale ou tout au moins nerveuse.

M. Duret a observé récemment un exemple de cette variété de diplopie.

Il s'agit d'un homme de 50 ans, forgeron, qui, à la suite d'une commotion cérébrale, présenta un état parétique du côté droit, une céphalée violente, des épistaxis par les deux narines et une amblyopie avec diplopie de l'œil droit qui persista pendant près de trois mois; elle est aujourd'hui complètement disparue.

A l'ophthalmoscope, il était évident que, dans ce cas, l'amblyopie et la diplopie étaient de cause centrale. Comme c'était la partie interne de la rétine dont le fonctionnement était amoindri, on peut admettre que c'était l'hémisphère gauche qui était le plus directement en cause, si l'on admet les théories actuelles de l'entrecroisement des nerfs optiques au niveau du chiasma.

D'ailleurs, tous les troubles observés siégeaient du côté droit.

Quant à la diplopie, il est probable qu'elle avait également son origine dans l'hémisphère gauche.

Il est deux manières de s'en rendre compte :

1° La lésion soit dynamique, soit physique des hémisphères agit sur le muscle de Brucke, comme l'atropine, et provoque un trouble de l'accommodation, qui cause la diplopie mono-oculaire de l'œil du côté opposé. En d'autres termes, le centre cortical de l'accommodation, chez le malade de M. Duret, a été lésé, ce qui a causé la diplopie par un mécanisme connu. Il est assez admissible qu'il existe un centre cortical pour le muscle de Brucke, comme on en connait un pour les fibres motrices de l'iris. Cette explication est séduisante tout d'abord, mais M. Duret fait observer qu'il est assez difficile d'admettre une paralysie de l'accommodation aussi persistante, quoique cela soit possible. La diminution de l'acuité visuelle était assez considérable aussi de ce côté.

2° La seconde hypothèse mérite aussi d'être soulevée; elle a été invoquée par plusieurs auteurs. Le trouble primitif porte sur la sphère visuelle occipitale de l'hémisphère, comme dans la supposition précédente, mais il ne consiste pas uniquement en une paralysie du muscle de Brucke. En effet, la diplopie, chez le malade, n'existait pas dans toutes les positions de l'objet; elle survenait quand son image se peignait sur les parties parésiées de la rétine, révélées par l'examen campimétrique. Pour y voir clair et pour éviter la diplopie, souvent le malade inclinait la tête en dehors et se tournait de côté.

Dans la diplopie accommodative, l'objet paraît double, dans toutes les positions du regard ou de l'objet.

Il y avait, chez le blessé, concordance entre la diplopie en bas et en dehors, la partie lésée de la rétine (partie interne) et l'hémisphère malade (hémisphère gauche). On est ainsi conduit à admettre que c'est un trouble de la *sphère visuelle corticale* qui a engendré tous les désordres.

Comment comprendre qu'il provoque la diplopie?

L'association fonctionnelle des deux hémisphères, pour chacun des deux yeux, si on l'admet, a évidemment été rompue, puisque l'hémisphère gauche est affaibli. On conçoit qu'un pareil désordre diminue l'intensité de la résultante des deux images cérébrales. Dans l'état ordinaire, celles-ci sont superposées, ce qui augmente leur intensité; celle de l'hémisphère gauche étant supprimée, l'objet devait apparaître moins clairement. Mais comment comprendre qu'il s'est dédoublé ou, si l'on préfère, qu'une des deux images se soit écartée de l'autre et apparaisse en dehors d'elle, en même temps qu'un peu obscurcie? Est-ce que, les vibrations des éléments nerveux corticaux ayant moins d'ampleur dans la sphère visuelle gauche du malade, les images cérébrales cessent de se superposer, de manière à n'en faire qu'une, et changent de positions dans l'espace? Nos connaissances en dynamogénie cérébrale ne nous permettent pas, à l'heure actuelle, d'expliquer le phénomène d'une manière satisfaisante.

En résumé, la filiation des faits a été la suivante chez le blessé : commotion cérébrale, lésions corticales de l'hémisphère gauche dans la sphère visuelle; celles-ci disparaissant avec le temps, l'amblyopie et la diplopie mono-oculaire ont marché vers la guérison.

Les troubles cérébraux observés ont-ils été simplement d'origine hystérique, comme on en a cité des cas dans ces derniers temps? En l'absence nettement constatée de tout stigmate hystérique, il est difficile de l'admettre. Et, cependant, il y a la plus grande analogie entre l'amblyopie observée chez le blessé et celles des hystériques, si bien décrite par l'Ecole de la Salpêtrière.

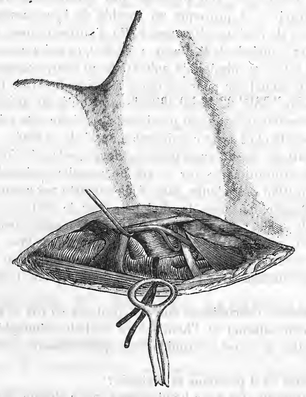
De l'analyse de ce fait et de celle de quelques cas analogues rapportés par les auteurs (Adams, Ord, Fontan, Tilley, Brunswich, etc.). M. Duret tire les conclusions suivantes :

1° Il existe une diplopie monoculaire, qui est d'origine cérébrale ; elle paraît liée, sans doute, à quelque trouble dans le fonctionnement des régions des hémisphères, signalées dans ces derniers temps comme étant le siège des perceptions visuelles, d'après Ferrier, Munck et les autres physiologistes ;

2° Il importe d'attirer l'attention des pathologistes sur la valeur clinique de ce symptôme cérébral, encore peu connu, et qui mérite d'être éclairci par de nouvelles observations.

— M. Guermonprez (de Lille) conseille, dans l'hystérectomie abdominale totale, de poser les pinces-clamps jusqu'à la limite du feuillet péritonéal vésico utérin.

— M. Guermonprez lit une observation de cancer de la face ayant débuté par la muqueuse buccale, et dans laquelle il pratiqua l'*hémostase préventive de l'artère carotide*



externe au moyen de la compression élastique. Après l'opération, la circulation se rétablit sans hémorrhagie secondaire. La figure ci-jointe permet de comprendre le manuel opératoire adopté par M. Guermonprez.

VARIÉTÉS

Lorsqu'on a inauguré à la Barre le buste de Daviel, notre confrère, le docteur Pasquier, a prononcé un éloquent discours dont nous citerons les passages suivants :

« Personnellement, j'aurais désiré qu'une voix plus autorisée que la mienne se fût élevée pour vous entretenir de l'illustre enfant de la Barre; Daviel eût certainement

beaucoup gagné à être loué, comme l'exige l'adage latin : « *Laudari a viro laudato.* » Mais le comité, aux soins diligents et infatigables duquel vous devez d'avoir réussi dans la tâche pieuse d'édifier ce buste à Daviel, a voulu (et c'est là, sans doute, une pensée généreuse) qu'après les discours prononcés à Bernay par l'honorable doyen de la Faculté de médecine de Paris et par des professeurs en renom, ici, sur la terre natale, dans cette réunion plus intime, dans cette fête de famille, un simple médecin praticien exerçant dans la région fût appelé à rendre hommage à son tour à la mémoire de cet éminent confrère. Car Daviel était, plutôt qu'un professeur et un savant, un médecin praticien; et sa vie nous montre combien ce titre modeste peut quelquefois abriter de dévouement, d'abnégation et aussi de véritable science.

« Sans doute, il enseigna, mais c'étaient des cours particuliers qu'il avait ouverts, et il se laissa tellement absorber par la pratique de son art qu'il n'a jamais trouvé le temps d'écrire. Il a laissé seulement quelques opuscules, sous forme de lettres.

« Vous connaissez tous la biographie de Daviel. Quelques mots suffiront à vous en rappeler les traits principaux.

« Né à la Barre en 1693, il commença à Rouen ses études médicales, qu'il termina à Paris. En 1719, on demanda de jeunes chirurgiens et médecins pour aller combattre la peste à Marseille. Daviel fut l'un des premiers à se présenter, et remplit sa mission avec un dévouement digne d'éloges...

« En récompense des services de Daviel, les magistrats de Marseille l'agrégèrent au corps des maîtres-chirurgiens de cette ville, et le roi lui envoya une décoration particulière à l'effigie de Saint-Roch et avec cette légende : *Pro fugata peste.* Daviel s'établit à Marseille et devint chirurgien-major d'une galère, piace qui lui valut, outre le traitement qui y était attaché, la faveur de pouvoir disposer des cadavres des sujets morts dans les hôpitaux de cette ville. Il en profita pour se livrer à des recherches anatomo-pathologiques et s'exercer aux opérations. Il ouvrit en même temps des cours particuliers d'anatomie et de chirurgie qu'il continua pendant vingt ans.

« Dès 1728, il s'occupa particulièrement des maladies des yeux et y acquit une habileté peu commune. Sa réputation se répandit à l'étranger, et il fit de nombreux séjours en Italie, en Espagne et en Allemagne. Vers 1746, il se fixa à Paris pendant un certain nombre d'années, et obtint l'autorisation d'opérer aux Invalides. C'est en 1747 qu'il fit sa première opération de la cataracte par extraction, opération qui est un de ses principaux titres de gloire aux yeux de la postérité, et qui le rendit immédiatement célèbre. Il mourut en 1762 à Genève, où il était allé réclamer (infructueusement, hélas!) les soins de Tronchin pour la maladie à laquelle il succomba.

« Je n'ai pas besoin de vous rappeler (ce souvenir est encore dans vos mémoires et dans vos cœurs) l'hommage rendu au médecin français par cette ville de Genève, cité généreuse et amie, qui lui a élevé un mausolée dans le cimetière du Grand-Sacconex, où reposaient, un peu ignorées, les cendres de Daviel...

« Le procédé de Daviel, qui a subi l'épreuve du temps, est simple, élégant, sûr, et donne chaque jour de magnifiques résultats.

« Parvenir du premier coup à la perfection! C'est un bonheur peu commun, assurément. Daviel en eut un autre, au moins aussi rare, parmi les inventeurs. Personne ne l'avait précédé ; jamais, avant lui, on n'avait eu l'idée d'extraire le cristallin cataracté, et, chose presque inouïe, aucun ne lui contesta la priorité de son invention. D'ordinaire, en effet, lorsqu'une découverte se produit, l'idée a commencé lentement par germer, puis elle s'est développée, enfin elle est arrivée à sa pleine maturité. Quelquefois, l'inventeur n'est autre que l'homme favorisé du sort, survenu au moment opportun pour la cueillir. Souvent plusieurs s'en emparent à la fois. Il peut même arriver qu'ils se la dérobent, chacun en disputant à l'autre la propriété. De là des luttes ardentes, des compétitions parfois pleines d'acrimonie...

« Comme opérateur, il était d'une extrême habileté manuelle. On rapporte qu'en novembre 1852, il pratiqua 206 opérations, dont 182 parfaitement réussies. C'est là un résultat bien digne de forcer l'attention. On a le droit d'être étonné de ce nombre prodigieux de succès si l'on pense que les instruments étaient moins finement exécutés alors que ceux dont nous nous servons actuellement, et que l'on ne possédait pas à cette

époque certaines ressources, accessoires sans doute, mais néanmoins fort avantageuses, dont nous disposons aujourd'hui. Que de services elle a rendus et elle continue de rendre tous les jours, la magnifique découverte de Daviel! Votre compatriote a donc le droit d'être considéré comme un grand bienfaiteur de l'humanité, et il a certainement mérité les honneurs que vous lui décernez aujourd'hui. »

FORMULAIRE

CRAYONS ET POMMADE CONTRE LA MÉTRITE. — Swicka.

Aristol	10	grammes.
Gomme arabique pulv.	90	—

F. s. a. dix crayons semblables qui doivent mesurer chacun 4 à 5 centimètres de longueur, et que l'on emploie dans le cas d'endométrite, de métrite ulcéreuse et de paramétrite.

La pommade est composée de :

Aristol	4	grammes.
Axonge purifiée	4	—
Lanoline	32	—

On en enduit des tampons d'ouate, que l'on introduit dans le vagin. — N. G.

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 15 septembre 1891, des médailles d'honneur en bronze ont été décernées aux personnes dont les noms suivent pour leur dévouement en temps d'épidémies :

M. Destot, interne des hôpitaux de Lyon, et M. Toffart, officier de santé, médecin du Bureau de bienfaisance de Dieulémont.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bogros (de Château-Chinon).

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Variétés cliniques et étiologiques des lymphangites; les lymphangites tuberculeuses et la lymphangite « ampullaire ». Perméabilité persistante des voies lymphatiques dans certaines lymphopathies,

Par A. Morel-Lavallée, ancien chef de clinique à la Faculté.

De récentes présentations et discussions qui ont eu lieu à la Société française de Dermatologie, au sujet des lymphopathies tuberculeuses, nous ont inspiré l'idée de comparer, au point de vue clinique, les divers types aujourd'hui connus de lymphangites ; ils peuvent se classer de la façon suivante :

1° *Lymphangite tronculaire.* — C'est la plus ancienne en date. On ne l'observe guère à l'état de pureté (c'est-à-dire sans la coexistence de nappes rosées superficielles) que dans la forme torpide et indurée à laquelle le chancre syphilitique donne parfois lieu.

Encore faut-il ici noter que, d'après des recherches récentes, la soi-disant lymphangite dorsale de la verge accompagnant le syphilome primaire serait souvent, en réalité, une phlébite.

2° *Lymphangite réticulaire.* — Elle accompagne régulièrement la lymphangite tronculaire ou mieux *fasciculaire*; car, souvent, ce n'est pas un, mais deux ou trois cordons parallèles ou intriqués que l'on sent au-dessous du réseau rougeâtre superficiel. Toutefois, elle peut exister seule, déterminant un empâtement plus ou moins accentué et, comme la précédente, une tuméfaction ganglionnaire.

3° *Lymphangite en placards, marginée; érysipèle.* — Cette variété a été pendant longtemps regardée, en tant que spécifique et contagieuse, comme distincte de la précédente, laquelle était d'ordre inflammatoire simple et non infectieuse, nous dirions aujourd'hui *non infectante.* Cependant, il y a plus de deux ans, des recherches bactériologiques, faites au laboratoire du professeur Verneuil par M. Clado, ont paru établir que la bactérie des abcès lymphangitiques est identique à celle de l'érysipèle et que sa culture inoculée à l'oreille du lapin amène les mêmes résultats que l'érysipèle. (*Comptes rendus des séances de l'Acad. des sciences*, avril 1889.) Cet agent pathogène, le « microbe de l'érysipèle », avait été vu France, par Nepveu, en 1868; en Allemagne, par Hueter, en 1869, isolé, cultivé et inoculé, en 1881, par Fehleisen.

D'après un certain nombre de travaux, le *streptococcus erysipelatis* serait différent du *streptococcus pyogenes* par plusieurs caractères dont l'un serait,

pour le premier, la *forme en feuilles de fougères* que revêtent ses cultures en stries sur gélatine.

Que le *streptococcus de l'érysipèle* soit différent du *streptococcus pyogenes*, ou bien qu'il n'en constitue qu'une simple variété, il n'en reste pas moins acquis qu'au point de vue clinique la mutation de la lymphangite en érysipèle ou en collection de pus limitée est chose possible; aussi, ceux-là étaient-ils empiriquement dans le vrai qui, il y a vingt ans et plus, éloignaient des salles de femmes en couches toutes les lymphangites, qu'elles eussent ou non un rebord marginé.

4° *Lymphite noueuse ou tronculo-noueuse* (*lymphite valvulaire de Bazin*); — 5° *lymphangite ampullaire.* — C'est sous le titre de *Lymphite valvulaire* que Bazin a fait, en 1870, mouler et déposer au musée de Saint-Louis le premier exemple que l'on doive vraisemblablement rapporter à la lymphangite tuberculeuse. L'inventaire du Musée en 1889 lui a, du reste, avec raison, ajouté l'étiquette de *tuberculose cutanée.*

Il s'agit là d'une *lymphangite tronculaire noueuse* avec production, le long du vaisseau, de tubérosités gommeuses que Bazin localisait, *a priori,* au niveau des valvules, ce qui peut être vrai le plus souvent, mais non forcément.

C'est à M. Merklen que revient l'honneur d'avoir, en 1885, publié et fait mouler le premier cas de ce genre dont la nature ait été reconnue, sous le nom de *tuberculose cutanée, lymphangite tuberculo-gommeuse.*

Dès lors, la lymphangite tuberculeuse était reconnue et avait droit de cité dans le cadre nosologique. Il le semblait du moins.

Or, deux ans après, le 8 juillet 1887, nous présentions à la Société médicale des hôpitaux le second moulage qui ait été fait à Paris avec l'étiquette de *Lymphangite tuberculeuse.*

Cette pièce provenait d'un malade soigné dans le service de M. Fournier, qui avait bien voulu nous en laisser publier l'observation sous le nom de *Lupus de la main*; *lymphangite gommeuse de l'avant-bras et du bras, de nature scrofulo-tuberculeuse.*

Les membres présents à la Société médicale des hôpitaux se refusèrent à reconnaître l'existence d'aucune lymphangite dans ces rangées verticales de tuméfactions gommeuses remontant du placard tuberculeux aux ganglions axillaires. On contesta même le diagnostic de tuberculose cutanée, l'autopsie des cobayes inoculés n'ayant pas encore été faite. Ceux-ci furent plus tard sacrifiés et trouvés atteints de tuberculose bacillaire.

Les moulages qui reproduisaient ces lésions n'avaient été, de la part des médecins de l'hôpital Saint-Louis, l'objet d'aucune discussion, le diagnostic leur semblant évident; quelques mois après, M. Hallopeau faisait mouler un troisième cas du même ordre avec le diagnostic *tuberculose cutanée de la main et de l'avant-bras; lymphangite*; *gommes ulcérées.* L'observation n'en fut pas même publiée dans les *Annales de dermatologie;* la question était tranchée.

Enfin, en juillet dernier, M. Hallopeau, par une intéressante communication avec présentation de pièces, a établi l'existence d'un nouveau type clinique de lymphangite tuberculeuse, à savoir : la variété angiectasique, à début variqueux et peu inflammatoire, au moins en apparence.

Pourquoi donc la qualification de lymphangite a-t-elle pû être contestée au cas que nous avions présenté au nom de M. Fournier et au nôtre, dont

l'observation et le moulage suivaient immédiatement ceux de M. Merklen, et dont la justification éclatante était, en juillet et septembre 1887, fournie par le résultat des inoculations que M. Darier et nous-même avions faites aux cobayes du contenu des gommes lymphangitiques? Nous avons cru en trouver la raison.

Le malade de M. Merklen présentait le long du bras des cordons noueux sur le trajet desquels s'étaient développées les gommes, à l'instar du cas précité de Bazin, à l'exemple également du récent malade de M. Hallopeau, porteur de lymphangiectasies gommeuses. Au contraire, chez notre malade, *le doigt ne pouvait suivre sous la peau le trajet d'aucun tronc lymphatique.* Voici, en effet, ce que nous relevons dans l'observation :

« Du poignet à la région deltoïdienne, la face antérieure du membre est occupée par une série de nodosités ; les unes émergent à peine de la nappe d'infiltration rougeâtre qui se confond avec les lésions précédentes ; les autres, plus haut, sont des nodules pisiformes, enchâssés dans le derme; sur eux, la peau est tantôt normale, tantôt adhérente et rougeâtre, tantôt surélevée et ulcérée en forme de furoncle, et tantôt offre absolument l'aspect des syphilides tuberculo ou pustulo-croûteuses. Plus on monte vers le deltoïde, plus ces tumeurs deviennent grosses et fluctuantes. Remarquez qu'elles sont rangées en séries verticales, et particulièrement en trois séries verticales formant de véritables cordons *interrompus*. C'est donc là une vraie « lymphangite gommeuse ». Celle-ci aboutit à des ganglions axillaires volumineux et douloureux. La plus forte des gommes ci-dessus décrites, grosse comme une mandarine, siège vers le milieu du bord interne du cubitus, *sous la peau*, qui est saine et non adhérente. »

Ces caractères cliniques nous avaient suffi pour affirmer dès l'abord l'existence d'une lymphangite, malgré l'absence de tout réseau rouge superficiel et *de toute induration tronculaire continue*, donnée négative sur laquelle on s'appuyait pour contester notre diagnostic. C'est précisément l'existence de cette angioleucite avec perméabilité et intégrité *apparente* des troncs lymphatiques sur laquelle nous désirons appeler l'attention, car, si elle a été observée et même diagnostiquée, il est certain qu'elle n'a point encore d'état civil nosologique.

Tout d'abord, les vaisseaux lymphatiques, bien qu'enflammés, saillants, rouges et présentant sur leur parcours un ou plusieurs abcès, peuvent rester relativement perméables ; nous en trouvons la preuve dans une observation de MM. Verneuil et Clado, publiée dans la thèse de M. Gars (Paris, 1889) et dans laquelle est relaté le fait suivant :

Le malade présentait trois abcès le long d'un lymphatique enflammé; en recueillant du pus avec une pipette dans chaque abcès pour faire des cultures, on s'aperçut qu'une injection d'éther iodoformé, faite dans l'un d'entre eux, avait pénétré les deux autres, comme le prouva la ponction (faite avec l'aiguille de Pravaz) du dernier abcès, situé dans l'aisselle.

Mais, il y a plus; nous avons dit que le tronc lymphatique pouvait être sain d'*apparence*, malgré la formation de nodosités infectieuses sur son parcours, et nous en avons donné comme exemple le cas de notre malade atteint d'angioleucite tuberculo-gommeuse. Eh bien, en poussant plus loin l'analyse, on est arrivé à se demander si l'intégrité apparente *du tronc* lymphatique ne pourrait pas être réelle dans certains des cas où il est donné d'observer cette variété de lymphangite en tubérosités étagées, et que nous proposons de désigner du nom de *lymphangite ampullaire*. Si, en effet, on se reporte à ce qui se passe parfois pour le chancre simple, on

trouve des exemples étayant cette hypothèse, à preuve ces deux observations dont voici le résumé :

Obs. I. — ..... Du quinzième au vingtième jour, une lymphite devint apparente sur le côté droit de la verge, près de la racine de laquelle, *sur le trajet du vaisseau*, se forma une petite tumeur qui, suivant une marche aiguë, devint bientôt fluctuante et s'ouvrit spontanément.

Obs. II. — ..... Presque en même temps, les glandes inguinales du côté droit devinrent très sensibles et se tuméfièrent.

Enfin (c'est-à-dire ensuite), *sur le trajet d'un lymphatique*, au côté droit de la verge, il se forma deux tumeurs qui s'accrurent avec rapidité, en présentant tous les caractères des abcès très aigus.

Ricord, qui avait à un si haut degré le génie de l'observation, n'hésite pas à qualifier de lymphangites les deux exemples qui précèdent, où, sur le trajet d'un lymphatique, se formèrent deux abcès qui devinrent chancreux. Il ne mentionne pas, en propres termes, l'absence de lymphite tronculaire, mais c'est un fait qui ressort de l'examen de la planche XI de son *Iconographie*, comme aussi des cas similaires que nous avons eu deux ou trois fois la chance d'observer dans le service de notre éminent maître, M. Fournier, lequel, en présence de faits semblables, n'a jamais hésité à prononcer le nom de lymphangite.

Or, n'est-il pas vraisemblable, d'après ce que nous savons de la biologie du virus chancrelleux, que, si ce virus s'attaquait à toute la longueur du tronc lymphatique au lieu d'y déterminer sur certains points des ampoules suppurées, nous aurions alors non plus des cavernes chancreuses sur le trajet du vaisseau, mais une rigole chancreuse *ininterrompue*, allant du chancre simple à la première étape ganglionnaire?

Devant l'impossibilité d'interpréter autrement des faits de ce genre, nous croyons qu'il est nécessaire d'admettre l'existence d'une *lymphangite ampullaire*, avec intégrité *au moins apparente*, en tout cas avec perméabilité persistante du tronc lymphatique conducteur. Selon la nature de l'agent infectant, les ampoules suppureront, comme dans l'inoculation streptococcique; deviendront chancreuses, comme dans la chancrelle; ou formeront des tumeurs gommeuses, comme dans l'observation de M. Merklen, dans la nôtre et dans celles qui ont suivi.

Seulement, nous ne croyons pas, dans l'état actuel de la science, que l'on puisse affirmer que toutes les lymphangites tronculo-noueuses, ou même ampullaires à tumeurs gommeuses, ressortissent à la tuberculose. Peut-être la morve, la lèpre, d'autres infections encore peuvent-elles reproduire ce même type clinique. En outre, il faudra toujours se défier des infections mixtes. M. le professeur Fournier en a publié, dans ses leçons sur le diagnostic du chancre, un bien remarquable exemple. Il s'agit d'un chancre induré, point de départ d'une lymphangite tronculaire indurée, mais sur le trajet de laquelle s'était développée une ampoule suppurée. On hésita, on pensa au chancre mou faussement induré, voire au chancre mixte; mais bientôt l'ampoule creva et donna issue à du pus. Seulement, elle ne devint pas chancrelleuse et se cicatrisa rapidement. Il s'agissait simplement d'un syphilome primaire avec lymphangite indurée, doublée d'une inoculation pyogène. Celle-ci ayant abouti, les accidents syphilitiques suivirent ensuite leur évolution normale.

Nous savons aujourd'hui qu'il arrive de trouver des ganglions tubercu-

leux alors que la porte d'entrée du bacille sur les téguments internes ou externes est cicatrisée ou invisible. Il nous est aisé de concevoir qu'un microbe puisse, après effraction de nos tissus, parcourir une certaine portion du couloir vasculaire sans y stationner, puisqu'il s'y arrête en un point, en dégrade la paroi et y détermine un anévrysme sacciforme qui est l'ampoule lymphangitique. Et cela est surtout compréhensible pour des agents pathogènes à virulence lente, comme celui de la tuberculose.

Si nous insistons sur ce processus d'angioleucite parcellaire, segmentaire, c'est qu'il y a un intérêt majeur à en connaître la nature et à la dépister. A dater, en effet, du moment où de semblables lésions rayonnent d'un placard cutané, jusque-là limité et isolé, c'est que l'invasion de l'économie par les colonies secondaires est commencée, et qu'il n'est plus pour les arrêter d'autre obstacle que celui présenté momentanément par le filtre ganglionnaire; — d'où l'indication d'agir sans retard et avec énergie.

Ce fait de la perméabilité persistante des voies lymphatiques dans certaines lymphopathies ne comporte pas seulement un intérêt puissant au point de vue diagnostique et pronostique. Cette persistance possible de la perméabilité, même relative, — (que nous pensons avoir suffisamment établie) — pour les lymphatiques altérés, nous allons la voir utilisée dans un but thérapeutique. On l'avait constatée, nous l'avons vu, dans un cas d'angioleucite streptococcique (obs. Verneuil et Clado). Un autre observateur non moins perspicace, M. Félizet, avait fait, de son côté, une remarque curieuse : Ayant fait plusieurs fois, dans des ganglions hypertrophiés du cou, pour en obtenir la résolution, des injections interstitielles de teinture d'iode, il avait été frappé de ce fait que chaque fois la douleur se montrait, du moins à son maximum, non au niveau du ganglion injecté, mais à un point situé plus bas et plus profondément à la racine du cou. L'effet curatif visé n'en était pas moins obtenu. M. Félizet avait inféré de là que l'iode avait dû pénétrer beaucoup plus loin dans la chaîne ganglionnaire, et que le point douloureux correspondait sans doute à un ganglion en aval qui avait réagi plus que ceux qui le précédaient.

De là à mettre à profit cet enseignement clinique pour en tirer une déduction thérapeutique, il n'y avait qu'un pas à franchir, qu'un essai à tenter. C'est ce que fit M. Félizet.

Il avait souvent eu affaire, dans son service de chirurgie infantile, à la tuberculose osseuse et ganglionnaire, — en particulier à l'adénopathie bronchique : c'est contre cette dernière affection qu'il dirigea ses efforts à l'aide des notions précédemment acquises. Mais nous aimons mieux citer directement l'observation qu'il a bien voulu nous communiquer.

Pierre M..., né à Rocroy, 9 ans 1/2.

Père et mère bien portants. Enfant scrofuleux, mais bonne santé antérieure. En 1880, apparition des ganglions de la partie gauche du cou; gros ganglions du volume de deux marrons derrière l'angle de la mâchoire, à gauche. Troubles de la respiration, cornage, accès de suffocation, transpiration la nuit.

En janvier 1889, troubles de la déglutition se produisant très bas; l'enfant régurgite après deux ou trois gorgées. Il est vu par M. Bergeron, qui constate une ligne de matité à droite et à gauche de la colonne vertébrale en arrière; murmure respiratoire presque nul à gauche, affaibli à droite. La suffocation survient quand l'enfant se redresse. L'enfant ne dort bien que dans la position horizontale.

Il est ensuite examiné par M. Poyet qui constate une paralysie de la corde vocale

gauche, accident qu'il attribue à une compression du récurrent, sans préjudice de l'adénopathie notée par M. Bergeron. Raucité de la voix.

5 juillet 1887. — Première injection interstitielle de *trente* gouttes de teinture d'iode *dans le ganglion cervical le plus élevé. La nuit suivante est très mauvaise : accès de suffocation coup sur coup.* Le cou est très douloureux. Le lendemain (6 juillet), les ganglions *sus-claviculaires* sont gros et extrêmement sensibles.

Le 7, la nuit a été excellente : nouvelle injection de *trente* gouttes *dans le même ganglion.* Il est dur et peu douloureux.

A partir de la troisième injection, qui eut lieu le 9 juillet, la voix cessa d'être rauque, il n'y eut plus de crises respiratoires, M. Moizard remarqua que la matité avait presque disparu à gauche; l'enfant déglutit sans difficulté.

M. Bergeron revit l'enfant après la cinquième injection; il trouva la respiration considérablement améliorée. Le 2 août, jour du départ aux bains de mer, le ganglion cervical supérieur est diminué de moitié est très dur.

Un an après (15 août 1890), nous revoyons l'enfant; la voix n'est plus rauque, il n'a plus ni ganglions cervicaux ni dyspnée.

Ce qui est à noter dans ces faits, c'est ;

1° Le gonflement et l'endolorissement des ganglions en aval le jour même de l'injection.

2° L'aggravation des crises dyspnéiques, correspondant aux injections, et vraisemblement en rapport avec une tuméfaction des ganglions bronchiques.

Une autre enfant, Ernestine B..., 14 ans, présentant une adénite cervicale gauche, fut également traitée suivant le même procédé par notre maître et ami M. Félizet. Pendant deux mois, elle subit tous les six jours une injection du teinture d'iode dans le ganglion cervical le plus élevé; les ganglions en aval devinrent douloureux, le ganglion servant de citerne resta dur. Huit mois après, l'enfant était guérie.

Des faits que nous venons d'exposer, on peut, croyons-nous, tirer les conclusions suivantes :

1° Il existe une variété de lymphangite segmentaire constituée en clinique par une série de dilatations étagées sur le trajet des troncs lymphatiques, sans interposition obligée entre elles d'un cordon dur plus ou moins interrompu appréciable. On peut lui donner le nom de LYMPHANGITE AMPULLAIRE.

2° Les voies lymphatiques peuvent être le siège d'altérations ou inflammations de divers ordres et de nature différente, et conserver, cependant, tout ou partie de leur perméabilité. Le fait a été observé par Ricord pour le chancre simple, par M. Fournier pour le chancre induré, par MM. Verneuil et Clado pour l'angioleucite à streptocoques, par nous-même pour l'angioleucite tuberculeuse, par M. Félizet pour les adénopathies tuberculo-caséeuses.

3° Cette persistance possible, même relative, de la perméabilité des voies lymphatiques altérées, fait comprendre que l'infection de l'économie puisse continuer au moyen du transport des matières virulentes par des vaisseaux lymphatiques déjà violemment enflammés, *mais non pour cela forcément oblitérés.*

4° Elle peut être utilisée dans un but thérapeutique, pour la diffusion d'un agent curateur dans ces mêmes voies lymphatiques altérées, ainsi qu'elle l'a été depuis 1887 par M. Félizet pour le traitement de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse.

REVUE DES CLINIQUES

Des cystites douloureuses rebelles, par M. le professeur DUBET (1). — J'ai fait devant vous, il y a cinq mois, chez une jeune fille de 20 ans, couchée au nº 1 de la salle Saint-Augustin, la colpocystotomie, ou plus simplement une fistule vésico-vaginale que j'ai pratiquée de façon à la laisser persistante. Vous avez pu vous étonner de me voir créer cette infirmité assez pénible, mais c'était là l'unique moyen de remédier à des accidents beaucoup plus graves. Maintenant encore, le temps qui s'est écoulé depuis mon intervention ne me paraît pas suffisant pour me déterminer à fermer cette fistule. Quelle est donc l'affection que présente cette malade? Elle a une « *cystite douloureuse* », variété clinique bien étudiée dans l'excellente thèse d'un interne de M. le professeur Guyon, M. Hartmann, prosecteur de la Faculté. Cette variété comprend toutes ces *formes chroniques* de cystites qui sont caractérisées par de la douleur pendant la miction, des épreintes, des envies d'uriner fréquentes, de la contracture du muscle vésical, et souvent de l'incontinence presque complète.

Dans le cas qui nous occupe, l'incontinence existe depuis à six ans; les douleurs n'ont pas été le symptôme prédominant, mais la *contracture est intense*, les urines sont peu troublées; mais la vessie est revenue sur elle-même et sa capacité, jugée d'après la quantité de liquide que l'on peut y injecter, *est seulement d'environ 40 centimètres cubes*.

Toutes les cystites, à un certain moment de leur évolution, quand le traitement est mal dirigé, peuvent devenir des cystites douloureuses : on voit en particulier ce fait à la suite d'injections vésicales poussées avec force; on croit réagir contre les parois musculaires de la vessie en les dilatant, et on n'arrive qu'à y créer une contracture de plus en plus forte, contre laquelle tous les traitements viennent échouer. Mais ce n'est pas là le cas le plus fréquent. Les cystites douloureuses succèdent le plus souvent à des cystites blennorrhagiques chroniques qu'on a négligé de soigner, ou à des cystites tuberculeuses, particulièrement quand elles s'accompagnent d'ulcérations du trigone. Elles peuvent survenir aussi, quoique très rarement, dans les cas de néoplasmes de la vessie ou dans les cystites calculeuses, après l'ablation du calcul quand la cystite a été très vive; enfin, on en a cité dans les cas de rétrécissements uréthraux, soumis à des traitements intempestifs.

Reprenons un à un les symptômes fonctionnels que nous avons brièvement énumérés, tout à l'heure, dans notre définition. Et d'abord les douleurs? Elles revêtent souvent une acuité extrêmement vive, prennent la forme de *crises répétées*, entraînent la perte du sommeil et de l'appétit, et parfois même créent *un état de névrose* des plus pénibles. Les douleurs spontanées consistent en sensations de chaleur, de gêne, de douleur à l'hypogastre, dans l'intervalle des mictions, avec irradiations dans la verge, vers le périnée, quelquefois jusqu'à l'anus ou le long du sciatique ou du crural; on a même cité des cas de contracture du membre inférieur. Pendant les mictions, les douleurs sont plus atroces encore; il y a du ténesme, des épreintes qui arrivent à leur paroxysme à la fin de la miction, qui sont suivies de l'émission de quelques gouttes d'une urine boueuse, un peu sanguinolente. Les mictions se répètent 30 ou 40 fois dans une journée, et même, quelquefois, tous les quarts d'heure, comme dans un cas que j'ai pu suivre il y a quelques années. « Dans quelques cas, dit M. Hartmann, cet état douloureux est tellement augmenté par la marche que les malades marchent courbés en deux, à pas lents, les mains sur le ventre, comme s'ils voulaient soutenir la vessie, évitant toute secousse brusque, toute contraction abdominale qui pourrait comprimer la vessie. » C'est l'ensemble de tous ces symptômes, et surtout leur persistance, qui permet de caractériser une cystite douloureuse : il ne faudrait pas donner ce nom à des cystites, qui durent seulement depuis quelques semaines, et dont l'état aigu peut être amélioré par les traitements ordinaires.

Tels sont les signes fonctionnels; étudions maintenant les signes physiques. A la pression hypogastrique on trouve que la vessie est douloureuse *surtout quand elle contient un*

(1) Résumé d'après le *Journal des sciences médicales de Lille*.

peu d'urine. Au toucher vaginal le trigone et le bas-fond sont sensibles de même qu'au toucher rectal chez l'homme. Le cathétérisme pratiqué doucement au moyen de la bougie à boule, permet de se rendre compte du *peu de profondeur et de capacité* de la vessie et de son extrême sensibilité ; mais on y arrive encore mieux par l'injection d'une certaine quantité d'eau boriquée tiède. Les moindres injections provoquent chez les malades des douleurs vives, ce qui n'est pas le cas ordinaire dans les cystites chroniques; elles montrent que la vessie est *en état de rétraction*, car elle ne peut plus contenir que 100, 50, 20 grammes quelquefois de liquide, quelques-unes, même, pissent entre les parois du canal et la sonde, le liquide qu'on leur injecte par cette dernière.

Quand on est appelé à faire l'autopsie, on trouve, s'il s'agit de tuberculeux ou d'affaiblis, une vessie un peu diminuée de volume et dont les parois ne sont presque pas hypertrophiées. S'il s'agit au contraire d'invidus robustes, l'hypertrophie est énorme ; elle atteint un centimètre et plus; la capacité de la vessie est réduite au volume d'une orange ; j'ai même eu l'occasion d'en voir une du volume d'une noix avec des parois très épaisses. Cette hypertrophie est surtout due au fonctionnement exagéré qu'entraînent les épreintes répétées, mais il ne s'agit pas toujours d'une augmentation de nombre et de volume des fibres musculaires; il se développe parfois une *véritable sclérose* du tissu conjonctif intramusculaire; c'est un fait analogue à ces myocardites scléreuses récemment décrites : ce processus pathologique permet de comprendre l'*impossibilité de dilater* les vessies ainsi transformées.

Quel est maintenant le traitement des cystites douloureuses rebelles?

Les moyens médicaux ne réussissent que rarement; il ne faut cependant pas négliger de les employer tout d'abord. On arrive à diminuer la contracture par l'opium et la belladone à l'intérieur, par les injections vésicales, les lavements, les suppositoires à la morphine ou à l'extrait de belladone. Les injections de nitrate d'argent au 100e ont donné quelquefois de bons résultats. Les tisanes diurétiques, queues de cerises, bourrache, uva ursi, chiendent, stigmates de maïs, délaient l'urine, facilitent l'expulsion de ses parties solides et diminuent ainsi l'irritation vésicale.

Le plus souvent on devra recourir au traitement chirurgical.

Contre la contracture du col, on peut employer chez la femme la dilatation par le doigt ou les dilatateurs d'Hegart, de Dolbeau, de Guyon; chez les hommes, je me sers des bougies progressives ou des sondes Béniqué. Mais en traitant la contracture du col, on ne fait que diminuer l'obstacle que celui-ci peut présenter sans *agir sur la contracture* du corps, la seule importante dans la cystite douloureuse. L'incision du muscle vésical est le seul traitement qui lui convienne : chez l'homme, on pratique la taille hypogastrique; chez la femme, la taille vaginale.

C'est seulement, il y a quinze ans, qu'Emmet et Bozemann, en Amérique, et presque en même temps Guyon en France et Thompson en Angleterre, se décidèrent à créer une infirmité temporaire, des fistules vésicales, pour tenter la guérison de ces cystites douloureuses. Chez la femme, l'opération, ainsi que vous avez pu le voir, ne présente aucune difficulté; en incisant la cloison vésico-vaginale exactement sur la ligne médiane, on n'a pas à craindre de blesser les uretères; je me suis servi du thermo-cautère pour éviter la fermeture spontanée de la fistule. Les résultats de cette opération, sont très satisfaisants dans la plupart des cas; on obtient ainsi quelquefois de véritables résurrections; sur 16 cas de colpocystotomie chez la femme, Emmet a obtenu 10 guérisons et il ne considère comme *guéries que les malades qui ne souffrent plus après l'occlusion de la fistule.* Les douleurs intolérables disparaissent; mais il faut que la malade ait la patience de conserver longtemps sa fistule. Une, deux et trois années quelquefois : c'est ce qui m'a décidé à proposer un urinal à cette jeune fille, et à la renvoyer chez elle, plutôt que de lui fermer *trop prématurément* sa fistule.

REVUE DES JOURNAUX

Action physiologique et thérapeutique de la cactine (*Revue de thérapeutique*, 1891). — La cactine est un principe immédiat isolé du cerium grandiflora par M. Fréd-

W. Sultan. Le docteur O.-M. Myers s'est livré à quelques expériences sur ce produit qui ne possède d'abord aucune action irritante locale. A doses thérapeutiques, il détermine l'accélération du pouls et l'augmentation de la pression artérielle. A doses toxiques, le pouls et la pression diminuent, il se produit de l'arythmie et le cœur s'arrête en systole. La mort est précédée de convulsions tétaniques et cloniques, convulsions dues à l'excitation du pouvoir excito-moteur de la moelle. D'après les expériences faites sur les pneumogastriques pendant l'action du médicament, ce dernier agirait surtout en excitant les ganglions accélérateurs intra-cardiaques.

L'auteur résume ainsi les effets de la cactine à doses thérapeutiques :

1° Accroissement de l'énergie musculaire du cœur probablement par une action sur le système nerveux intra-cardiaque.

Le pouls devient plus régulier et plus fort.

2° Elévation de la tension artérielle avec augmentation corrélative de la hauteur et de la force du pouls.

3° Action sur les centres moteurs de la moelle avec exagérations des réflexes, ce qui rapproche la cactine de la strychnine.

Au point de vue thérapeutique, la cactine passerait pour un tonique cardiaque énergique. Elle manifesterait surtout son action dans la dilatation et l'atonie résultant d'une innervation et d'une nutrition défectueuse. La cactine serait encore indiquée dans les affections valvulaires avec dilatation, dans le cœur irritable après l'abus du tabac, enfin, pendant les fièvres adynamiques dans lesquelles ses bons effets résulteraient d'une action sur le cœur et sur la moelle.

Les parrains de la cactine ne lui attribuent pas d'effets d'accumulation et déclarent qu'elle ne produit pas de troubles digestifs.

En résumé, on peut employer ce remède avec avantage dans toutes les variétés de troubles cardiaques et circulatoires et dans les maladies organiques du cœur, sauf dans le rétrécissement mitral, où l'on doit préférer la digitale qui prolonge la période diastolique et permet au ventricule de se vider complètement. Par contre, dans l'insuffisance aortique, la courte diastole produite par la cactine ne donne pas au sang le temps de rentrer dans le ventricule. — P. N.

SOCIÉTÉS SAVANTES DES DÉPARTEMENTS

SOCIÉTÉS DE MÉDECINE DE LYON (1er semestre 1891) (1).

Echolalie dans la méningite tuberculeuse. — M. PERRET fait une communication sur un cas d'écholalie observé dans le courant de la méningite tuberculeuse à la Clinique des maladies des enfants.

Il rappelle que ce phénomène a été signalé pour la première fois, par Itard, en 1825. Il s'agissait d'une femme de 27 ans, atteinte, depuis l'âge de 6 ans, de la maladie des tics convulsifs, malade examinée, du reste, par Charcot.

Le même phénomène se trouve dans un certain nombre d'observations ultérieures. Ainsi, le mémoire de Paget (1847), celui de Beard (1886) sur les jumpers ou sauteurs du Maine; ainsi encore le travail de O'Brien (1887), rappellent des cas de ce genre.

Apparition du mot écholalie dans les travaux récents de Gilles de la Tourette (*Archives de neurologie*, 1885); de Guinon (*Revue de médecine*, 1886), dans les thèses d'Allard (Lyon, 1886); de Sigaud (Lyon, 1889).

Dans tous ces cas, il est question d'individus aux antécédents nerveux héréditaires ou personnels, atteints, en un mot, d'une tare nerveuse. Ce sont des névropathes, des hystériques, des choréiques ou pseudo-choréiques.

Mais, à côté de cela, il existe quelques rares exemples d'écholalie survenus dans le cours de lésions organiques du cerveau, sans tare nerveuse appréciable.

Témoin le fait de Cantelina (*Lo Sperimentale*, 1880). Femme de 67 ans, atteinte depuis

(1) Suite. — Voir les numéros des 22, 24 et 26 septembre 1891.

deux ans de crises épileptiformes avec hémiplégie droite; elle répétait les dernières paroles de toute demande qui lui était adressée. Indifférence absolue à tout ce qui l'entoure. A l'autopsie, plusieurs tumeurs cérébrales.

Témoin encore l'observation de Raymond (*Lyon médical*, 1887) : Femme de 74 ans, attaque d'apoplexie avec hémiplégie droite et aphasie. Intelligence en grande partie conservée. Retour progressif de la parole. Un mois après, répétition des fins de phrases qui lui sont adressées ou non. Mort de pneumonie intercurrente.

A l'autopsie, ramollissement du pied de la troisième fontale et foyer analogue de la partie antérieure de la troisième circonvolution temporale gauche.

M. Perret rapporte en dernier lieu l'observation suivie dans son service. Fillette de 11 ans, entrée le 20 mars 1890 avec tous les signes d'une méningite tuberculeuse. Le 30 mars, somnolence marquée allant à certains moments jusqu'au coma, dont on peut cependant la tirer.

En faisant compter une de ses voisines, atteinte de pleurésie, on s'aperçoit qu'elle répète les chiffres. La sœur du service avait, du reste, remarqué qu'elle répétait parfois les fins de prière qu'elle entendait réciter. Cet état persista jusqu'à la mort, qui survint le 2 avril dans un coma complet. A l'autopsie, méningite de la base s'étendant un peu à la convexité, surtout à gauche.

Ce sont les trois seuls cas d'écholalie organique que M. Perret ait trouvés dans ses recherches.

L'auteur termine en rappelant l'hypothèse admise pour expliquer cet étrange phénomène, cet acte réflexe cérébral. Le centre auditif des mots serait relié d'une manière constante avec le centre des images motrices chargé de la parole. A l'état normal, le mot entendu tend à passer du premier centre dans le second, et à être prononcé. S'il n'en est pas ainsi, c'est que le centre d'idéation volontaire qui domine les deux autres exerce sur eux une action d'arrêt et intercepte le passage. Que ce centre vienne à être supprimé comme, par exemple, dans la phase somnambulique du grand hypnotisme, la suggestion auditive est transmise du centre auditif au centre moteur, et le mot est répété comme un écho.

Cela n'explique pas, suivant M. Perret, pourquoi, notamment dans les affections organiques, l'écholalie est si rare, et le siège des lésions rencontrées à l'autopsie des trois malades dont il raconte l'histoire est loin d'éclaircir la question à ce sujet.

Hypertrophie de la rate. — M. Tillier présente la rate d'un malade qui a succombé dans le service de M. le professeur Poncet.

Il s'agit d'un homme qui avait eu des accès d'impaludisme dans sa jeunesse, et avait ressenti, il y a dix ans, un point douloureux dans l'hypochondre gauche. Ce point dura quinze jours sans altérer la santé générale. Depuis deux ans et demi était apparu, dans l'hypochondre gauche, une tumeur qui grossit rapidement, sans douleur. Depuis un an, œdème des pieds, dyspnée. A partir de cette époque, amaigrissement, teint cachectique.

Le jour de l'entrée à l'hôpital (6 mars 1891), on constate une teinte jaune des téguments, une grande maigreur et de l'œdème des malléoles; l'appétit est assez bon. Il existe, dans l'hypochondre gauche, une tumeur énorme, dépassant en bas l'ombilic et paraissant constituée par la rate. La cachexie a progressé rapidement sans accès de fièvre, l'œdème s'est généralisé, l'oppression a brusquement augmenté, et le malade a succombé en une demi-journée après le début de ce symptôme.

A l'autopsie, on a trouvé de l'ascite et un épanchement abondant dans le péricarde avec exsudat récent. La rate, énorme, pèse 3 kil. 700; il existe quelques adhérences par des brides de péritonite ancienne. A la coupe, le parenchyme est dur, rouge sombre, sans lésions apparentes.

Le foie est hypertrophié, gorgé de sang, non cirrhotique.

Les reins paraissent normaux. L'urine ne renfermait ni albumine ni sucre.

Ancienne pleurésie fibreuse à droite. Pas de tubercules.

Un cas analogue a été signalé par Brühl qui en fait le type d'une affection distincte nommée par M. Debove splénomégalie primitive et rangé dans la catégorie des pseudoleucémies spléniques. Le malade de Brühl n'avait pas d'antécédents pathologiques, celui de M. Tillier était un vieux paludéen.

Argent et vif-argent. — Sous ce titre, M. Diday fait une communication critique sur l'emploi des *solutions de sublimé et de nitrate d'argent contre la blennorrhagie,* et étudie la valeur thérapeutique de ces deux substances. Le sublimé mérite son renom de microbicide ; mais, s'il le justifie en d'autres affections, sa réputation est surfaite pour l'uréthrite spécifique. Il produit des effets très irréguliers d'inflammation locale, ce qui tient à ce que, pour simplifier, on prescrit le plus souvent la liqueur de Van Swieten, préparation des plus défectueuses. Il en existe deux formules : l'une à 0,80, l'autre à 1,60 du sel pour un litre d'eau, et la solution contient en outre 10 p. 100 d'alcool rectifié dont l'influence s'ajoute inutilement à l'action même du sublimé.

Avec le nitrate d'argent, l'effet irritant peut être calculé et prévu à coup sûr d'après la dose administrée. M. Guyon professe qu'il agit comme antiseptique, se fondant sur ce que les cultures de certains organismes inférieurs restent stériles, quand on y introduit une minime quantité de nitrate d'argent. Qu'il soit donc antiseptique, substitutif ou destructif par cautérisation directe, M. Diday le préfère à tout autre agent similaire ou prétendu tel. Suivant les diverses périodes de la blennorrhagie, il l'emploie à des doses variables, savoir 1 sur 20 d'eau pour réaliser l'action abortive; à 0,10 ou 0,15 sur 80 grammes pour l'effet substitutif; enfin, à 0,05 sur 100 comme solution microbicide pour seconder le pouvoir des antiblennorrhagiques internes, copahu, santal, cubèbe.

Rétrécissement mitral et tuberculose pulmonaire. — M. Paliard a montré les pièces anatomiques d'un malade qui avait un rétrécissement mitral et une tuberculose pulmonaire. A ce propos, M. Lépine a fait remarquer que la coïncidence du rhumatisme compliqué d'*endocardite* et de la tuberculose est rare ; il paraît établi qu'un rétrécissement pulmonaire très étroit crée une incompatibilité pour la tuberculose en rendant le poumon œdémateux. Pour M. Tripier, on ne voit pas évoluer parallèlement les deux affections. S'il y a de graves lésions cardiaques, on en voit peu sur le poumon et réciproquement. Mais, en principe, il n'y a pas alors d'hypertrophie cardiaque. Presque toujours il s'agit d'un léger degré de rétrécissement mitral ou même d'insuffisance aortique; l'hypertrophie du cœur est en antagonisme formel avec la tuberculose pulmonaire. Dans un assez grand nombre de cas, il subsiste des doutes. Souvent on constate, en même temps que les phénomènes cavitaires pulmonaires, un bruit de souffle systolique à la pointe et l'autopsie ne révèle pas de lésions. Les lésions d'orifice sans hypertrophie ne font pas obstacle à la phthisie.

Thyroïdectomie. — M. Orcel a présenté une malade chez laquelle M. L. Tripier a pratiqué la décortication du corps thyroïde. Il s'agissait d'un goître ayant débuté à l'âge de 8 ans, traité à 14 ans par le drainage capillaire et ponctionné deux fois en 1890. M. Tripier a fait la décortication non sans difficultés; le soir même, la malade a été prise d'aphonie qui a persisté les jours suivants. L'examen au laryngoscope permit de constater une paralysie de la corde vocale gauche qui était rouge, tuméfiée et immobile. Le traitement électrique par les courants descendants a produit, dès la première séance, une amélioration qui a toujours été croissante et persistante. Le nerf récurrent n'a pas été intéressé. Reverdin a vu se produire des paralysies du récurrent à la suite des lavages du champ opératoire avec des antiseptiques irritants. Pour cette raison, chez la malade de M. Tripier, on s'était servi d'acide borique. Récemment, MM. Lejars et Quénu ont montré que l'irrigation des nerfs récurrents était sous la dépendance des thyroïdiennes inférieures; cette observation en serait une preuve.

M. Tripier croit que la décortication est bien préférable au drainage. Cette opération, qui est d'une antisepsie douteuse, peut occasionner des adhérences; de plus, elle est pratiquée pour des diagnostics douteux, car, à part de petits kystes superficiels, il est bien rare que le goître soit complètement kystique. La paralysie de la corde vocale était probablement due à des troubles vasculaires.

Les selles des fébricitants au point de vue bactériologique. — M. Bard fait une communication à propos de recherches faites en collaboration avec M. Aubert. Il a étudié, au point de vue bactériologique, les selles d'un fébricitant non atteint de fièvre typhoïde, et dont la température, depuis plusieurs semaines, oscille aux environs de 39°. Les ense-

mencement en plaques et en tubes d'Esmarch ont donné d'emblée des cultures pures ou à peu près pures. Les colonies sont composées de bacilles paraissant, au premier abord, avoir les caractères du bacillus coli communis. Or, on sait que l'ensemencement des selles normales donne lieu à la production de toutes sortes de colonies dont quelques-unes liquéfient la gélatine. Pourquoi, chez un fébricitant, peut-on avoir un bacille à peu près unique? On ne peut pas attribuer ce fait à l'alimentation, car ici il s'agit d'un tuberculeux qui n'est pas au régime du lait comme les typhiques.

M. Rodet a montré que le bacillus coli communis résistait mieux que les autres à la température. La clinique semblerait confirmer cette notion de laboratoire De plus, pour savoir quel pouvait être le rôle de la fièvre, on a ensemencé du bouillon avec des selles normales, et on a placé les cultures dans l'étuve. Or, après trois jours passés à l'étuve, ces bouillons n'ont donné que deux bacilles. Il semble que la température des fébricitants soit la cause de la purification des selles. (*A suivre*).

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE L'ECZÉMA SÉNILE. — Duncan Bulkley.

Pommade de goudron	16	grammes.
Oxyde de zinc	4	—
Cold-cream	45	—

Mêlez. — Pour combattre l'eczéma d'étendue restreinte, avec épaississement des tissus qui s'observe chez les vieillards, on étale sur les surfaces malades des linges enduits de cette pommade, et on les y maintient à l'aide de bandes de tarlatane. A l'intérieur, on prescrit des remèdes qui varient suivant les indications. Par exemple, on conseille l'arsenic associé au fer, s'il existe de l'anémie; on administre la quinine si l'on croit à l'impaludisme; on s'efforce de faire cesser la constipation habituelle chez les vieillards, et on surveille le fonctionnement des reins. — On supprime les boissons alcooliques et on n'autorise qu'un usage très modéré du café et du thé. — N. G.

COURRIER

Un cours pratique de gynécologie aura lieu à partir du samedi 3 octobre, à deux heures, au laboratoire de M. le professeur Cornil, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine. — Se faire inscrire d'avance.

L'électricité, la castration ovarienne et l'hystérectomie, par le docteur Richelot. Une brochure in-8°. — Prix : 1 fr. 50.

Cet ouvrage se trouve à Paris, chez Lecrosnier et Babé, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital Tenon. — M. le docteur L.-G. RICHELOT.

Le prolapsus utérin.

Messieurs,

La déviation de l'utérus, surtout en arrière, est souvent liée au prolapsus. Néanmoins, l'histoire clinique des déviations utérines diffère profondément de celle des abaissements, car, bien souvent, l'utérus est rétroversé ou rétrofléchi, tout en restant à sa place dans le petit bassin. Il y a relâchement du plancher pelvien, mais résistance du plancher périnéal. La thérapeutique du prolapsus est toute particulière, justement à cause du relâchement de l'anneau vulvaire.

L'abaissement peut à la rigueur se produire brusquement au moment d'un effort; il est alors comparable aux « hernies de force ». Mais d'ordinaire il se produit lentement, progressivement, chez les femmes à tissus flasques, et rappelle les « hernies de faiblesse ». Pendant la grossesse, les parois vaginales s'hypertrophient et les ligaments utérins sont distendus;

FEUILLETON

CAUSERIE

« Rien ne se perd, rien ne se crée », dit un principe de chimie qui trouve bien des applications dans la vie ordinaire. L'administration de l'Assistance publique, pour ne laisser rien perdre, ce dont on ne peut que la féliciter, tire depuis longtemps parti des reliefs de la cuisine des malades.

Il y a quelque temps, M. Georges Berry proposait au Conseil municipal de Paris que la desserte des hôpitaux fût distribuée aux pauvres, comme cela se fait quotidiennement aux portes des grands restaurants et des casernes; il s'étonnait même que l'administration n'eût pas pris depuis longtemps l'initiative de cette mesure.

A ce propos, on a répondu de diverses parts que, si la desserte des hôpitaux n'était pas remise aux malheureux, c'est qu'elle était vendue au profit des économes. Il y a là une erreur de fait absolue.

L'Assistance publique vend par adjudication les os, les graisses inutilisables, les eaux grasses provenant des hôpitaux, mais cette vente n'est pas faite au bénéfice des économes; le prix en est versé à la caisse centrale de l'administration. Sur ce prix, il est prélevé une certaine somme fixée annuellement au budget, — 8,000 francs pour 1891, —

aussi est-ce après l'accouchement, et comme si l'involution normale qui lui succède faisait défaut, que se produisent les prolapsus.

Il peut y avoir, en dehors de l'accouchement, une prédisposition congénitale inexpliquée. J'ai traité pendant plusieurs années une jeune fille vierge qui avait un prolapsus utérin complet, survenu à l'âge de 16 ans, et que je n'ai pu guérir qu'après plusieurs opérations successives.

La chute des parois vaginales précède toujours l'abaissement de l'utérus, à part les cas très rares où il y a une sorte de précipitation en bloc de tous les organes. On peut donc admettre que c'est le vagin qui attire l'utérus au dehors. En avant, la paroi vaginale entraîne la vessie, c'est la cystocèle; en arrière, elle entraîne le rectum, c'est la rectocèle. Quand les parois du vagin font saillie au dehors, les culs-de-sac péritonéaux peuvent descendre avec elles et contenir l'intestin grêle; il y a donc des entérocèles qui viennent compliquer les grands relâchements et les prolapsus complets.

La chute de l'utérus est secondaire et se produit par suite de la traction exercée par le vagin sur le col. L'insertion utéro-vaginale s'abaisse, le museau de tanche s'efface, puis la matrice descend peu à peu. En même temps, et à titre de lésion consécutive, il se produit une hypertrophie sus-vaginale, un allongement hypertrophique du col.

Or, en 1860, Huguier a prétendu opposer au prolapsus vrai cette hypertrophie de la portion sus-vaginale du col; nier, pour ainsi dire, le premier et lui substituer la seconde comme étant le fait le plus ordinaire. Nous savons aujourd'hui que l'allongement hypertrophique pur, sans abaissement, qu'on peut facilement reconnaître par le toucher, en constatant la profondeur des culs-de-sac et la situation normale du corps utérin, est, au contraire, beaucoup plus rare que la chute véritable, dans laquelle le vagin est retourné en doigt de gant.

Le prolapsus s'accompagne d'un certain nombre de complications : versions et flexions utérines, métrites, ulcérations du col La muqueuse vaginale, qui fait saillie au dehors, s'épaissit et prend les caractères de la peau.

---

qui est distribuée, en fin d'année, sous forme de prime aux chefs cuisiniers et à leurs aides; cette somme constitue d'ailleurs une partie de leur traitement.

Les débris laissés dans les assiettes par les malades sont ajoutés aux eaux grasses, dont l'adjudication, y compris les os et graisses, s'est élevée cette année à 44,000 francs.

Quant à la proposition de M. Georges Berry, l'administration a promis d'y apporter tout son concours. Mais ce ne sont pas les débris laissés dans les assiettes qu'on peut se proposer de faire distribuer, puisqu'en certains cas, en particulier pour le stuberculeux, comme cela a été dernièrement encore démontré, il y aurait danger de contagion, et ce qu'on appelle la desserte veut probablement désigner les aliments montés dans les salles et qui restent en excédent après la distribution.

Cette desserte qui rentre à la cuisine vient en défalcation de la consommation quotidienne; elle serait d'ailleurs absolument insuffisante. C'est ainsi qu'à l'Hôtel-Dieu, où des soupes sont distribuées à des malades du dehors, qui viennent s'y faire panser, cette distribution fait l'objet d'une dépense journalière.

L'adoption de la proposition de M. Berry n'aurait donc pas pour effet d'utiliser des aliments actuellement perdus, mais elle entraînerait pour chaque établissement un supplément de dépenses.

Ce n'est pas une raison pour la repousser, — l'administration, comme nous l'avons dit plus haut, ne la repousse pas, — car la dépense ne serait pas très élevée.

Il y aura bien quelques difficultés dans l'application. La distribution à la porte des hôpitaux ne serait pas évidemment un spectacle bien réjouissant à donner aux Pari-

De plus, les microbes pullulent au niveau de ces surfaces, et, quand on opère, il faut faire des désinfections prolongées.

Le prolapsus amène des douleurs par tiraillement, de la dysurie, de la gêne dans la marche. Le cathétérisme de l'utérus est utile, car il nous renseigne sur les dimensions de sa cavité et sur le degré d'allongement hypertrophique; si ce dernier est considérable, il faut diminuer la longueur et le poids de l'utérus, avant toute opération anaplastique, par l'amputation du segment inférieur. A l'aide du toucher et du cathétérisme, on doit rechercher la situation de la vessie, du rectum, et au besoin de l'intestin grêle.

Le diagnostic avec les diverses tumeurs est très facile. Cependant, il y a des erreurs curieuses; on a pu prendre l'utérus pour un polype, et je pourrais vous raconter l'histoire d'un charlatan qui mit un jour le forceps sur un utérus prolabé, tira de toutes ses forces et arracha bel et bien l'utérus et les annexes. Heureusement, les plaies par arrachement ne saignent pas toujours, comme vous savez; la femme eut la chance de guérir. Cela se passait en 1881, avant les premières hystérectomies vaginales faites en France sous le couvert de l'antisepsie. Or, le plus drôle, c'est que le charlatan m'écrivit pour se vanter de son opération et revendiquer la priorité dans la renaissance de l'hystérectomie vaginale en France.

Voyons un peu les traitements qui conviennent au prolapsus.

La ceinture abdominale peut avoir quelque utilité, quand on l'applique après réduction, la femme étant couchée; elle soutient alors l'intestin grêle, dans une certaine mesure, et l'empêche de peser sur l'utérus.

Les pessaires ne tiennent pas, car le vagin est relâché. Il faudrait refaire d'abord le périnée, pour pouvoir se livrer ensuite aux délices du pessaire.

Certaines femmes ne veulent pas d'opération; chez d'autres, qui sont vieilles et obèses, elles n'ont pas beaucoup de chances de succès. Alors, mais alors seulement, je comprends les « hystérophores », tiges qui soutiennent directement l'utérus avec plus ou moins de succès.

La matrice prolabée peut être irréductible. Il faut alors décongestionner

---

siens, — bien que, dans les quartiers où se trouvent les hôpitaux, il se passe des choses plus désagréables à voir, — et, d'un autre côté, cette opération pratiquée dans la salle de consultation, seule pièce disponible, serait une détestable mesure au point de vue de l'hygiène. Force sera donc de recourir à des locaux spéciaux, tout à fait indépendants des établissements hospitaliers. Cependant, en aérant bien les salles de consultation qui ne servent à cet usage que dans la matinée, on pourrait très bien y faire la distribution des soupes vers le soir.

*
* *

Nous savons que, lorsque les avocats et les autres gens de robe (je ne parle pas des dames) trouvent le moyen de dauber les médecins, ils n'y manquent pas. Aussi, lorsque les médecins donnent de la tablature à leurs adversaires naturels, j'ai bien le droit de trouver cela réjouissant. D'ailleurs, l'aventure à laquelle je fais allusion est assez drôle par elle-même pour mériter d'être racontée.

Elle date de loin, mais enfin elle n'a pas vieilli, bien qu'elle soit aussi ancienne que la première épidémie cholérique.

Lors de la première invasion du choléra, la science, prise au dépourvu par le terrible fléau, demanda des remèdes aux procédés et aux expédients les plus étranges. Certains docteurs ordonnaient le punch et d'autres prescrivaient les glaces. Celui-ci administrait le thé et son voisin la limonade. C'était le cas de dire que la médecine soufflait le froid et le chaud...

les tissus par le repos, les bains émollients; je vois dans les cas de ce genre une bonne indication du massage utérin. Je vous ai déjà parlé de l'amputation du col dans les grandes hypertrophies sus-vaginales; elle seule convient, naturellement, aux faux prolapsus d'Huguier.

Le traitement opératoire répond à deux indications : soutenir l'utérus par en bas, à l'aide d'opérations plastiques sur le vagin; l'accrocher par en haut, à l'aide d'opérations sus-pubiennes.

Les procédés de colpo-périnéorrhaphie sont nombreux. Le meilleur, à mon avis, est celui d'Hégar. Il consiste à faire une surface d'avivement triangulaire sur la paroi postérieure; on rapproche ensuite par des fils les deux lèvres de l'incision, et il s'ensuit que les parois latérales sont attirées vers la ligne médiane et le vagin notablement rétréci dans une bonne hauteur. J'emploie pour faire l'avivement un *modus faciendi* indiqué par Doléris : je fais une incision transversale au niveau de la commissure postérieure, puis je prends avec une pince à disséquer la lèvre antérieure de cette incision, et je décolle la muqueuse avec mon doigt de bas en haut. Quand le décollement paraît suffisant en hauteur, je coupe obliquement de chaque côté avec des ciseaux de manière à circonscrire un lambeau triangulaire que j'enlève.

L'avivement ainsi terminé, il reste à faire la suture. Voilà encore un point sur lequel les sous-procédés abondent, quant à la nature des fils et à la manière de les disposer; mais ils n'ont pas grande importance, et je vous conseille, là encore, de ne pas chercher midi à quatorze heures. Je me borne, quant à moi, à échelonner de haut en bas une série de points séparés en crins de Florence; il n'est même pas indispensable d'avoir une régularité mathématique, le tout est de rétrécir suffisamment le vagin. Je laisse ordinairement les fils jusque vers le quinzième jour. Le crin de Florence coupe très lentement les tissus; on peut même oublier quelques fils sans inconvénient. Si l'opération et les pansements sont proprement faits, la réunion est très facile, et je vous déclare que, sur un grand nombre d'opérations, elle ne m'a jamais manqué jusqu'ici.

Pourtant, une fois, par la plus miraculeuse des rencontres, deux médecins s'entendirent et furent du même avis. Ce prodige se manifesta dans les environs de Falaise, chez un riche fermier, nommé Colette.

Ce fermier, atteint par l'épidémie, appela deux médecins, qui, d'un commun accord, ordonnèrent que le malade fût transporté à l'étage le plus élevé de la maison de son beau-frère, le sieur Langlois.

Or, cette maison était en construction, et la maçonnerie seule et la charpente étaient debout. Pas de battants aux portes, pas de châssis aux fenêtres; encore moins de carreaux. A peine si les poutrelles, qui devaient supporter les planchers futurs, étaient alignées dans le vide, et, pour grimper à ces étages aériens, des échelles ou des escaliers manquant de bâtons ou de marches.

C'est pourtant là qu'en pleine connaissance de cause on ne craignit pas de faire hisser le malade. On jeta à la hâte quelques planches sur les solives qui séparaient les étages. Un lit fut dressé et le malheureux Colette y fut installé comme sur un perchoir. Cet admirable remède ne guérit pas Colette. Bien plus, malgré son originalité, il ne fit qu'empirer le mal.

Alors, comme le malheureux fermier tenait à ne pas partir de ce monde sans laisser des adieux authentiques et par devant notaire, on courut chercher un officier ministériel pour recueillir les suprêmes volontés du moribond. Justement, il y avait par là un notaire tout fraîchement éclos, d'une bonne volonté toute neuve, et ne demandant pas mieux que d'instrumenter.

Mais ce qui peut arriver, c'est une récidive après l'anaplastie la mieux faite. J'en ai vu très peu, et je considère l'anaplastie vaginale comme une méthode très ordinairement suffisante. Mais il y a des femmes prédisposées; il y en a dont la puissance de relâchement, pour ainsi dire, est indéfinie.

En cas de récidive, ou quand on la craint, on a comme ressources l'Alexander, ou mieux l'hystéropexie abdominale. Seulement, ces deux opérations, même bien réussies, peuvent laisser se reproduire la chute des parois vaginales, l'utérus restant accroché. Il faut donc, l'anaplastie vaginale restant la base du traitement, considérer les opérations sus-pubiennes comme des auxiliaires puissants, mais seulement comme des auxiliaires.

Dans le cas de cystocèle rebelle, on a proposé d'accrocher la vessie elle-même à la paroi abdominale (cystopexie); je crois qu'il vaut beaucoup mieux, l'utérus ayant été fixé par l'hystéropexie, revenir à la colporrhaphie antérieure, si la vessie reste abaissée, et rétrécir une seconde fois la paroi antérieure du vagin.

Enfin, disons un mot de l'hystérectomie vaginale appliquée à certains prolapsus. Elle est très facile et très bénigne; j'y ai eu recours deux fois avec succès. Mais sachez bien que, si elle est fort utile en supprimant le poids de l'utérus, elle n'empêche pas les parois vaginales de retomber. Il faut donc la considérer comme une opération préliminaire, et s'attendre à faire ultérieurement, soit un cloisonnement vaginal par le procédé de Le Fort, soit une colporrhaphie. Cela fait, votre malade sera bien guérie, sans possibilité de récidive.

REVUE DES CLINIQUES

De l'angine de Ludwig, par M. F. Schiffers (1). — Le malade qui se présente aujourd'hui à notre examen est atteint d'une affection rare, l'angine de Ludwig.

(1) Résumé d'après la *Gazette médicale de Liége*.

Ce notaire se nommait Carel. Il accourut muni de ses témoins. Mais quelle ne fut pas sa surprise, lorsqu'ayant demandé son malade, on lui montra le ciel... Le notaire crut alors que son malade était... monté en grade, et qu'il était mort!... Il allait répondre : « *Requiescat in pace!* » lorsqu'on lui fit comprendre que c'était le grenier et non le ciel qu'on lui montrait.

Comment grimper à ce paradis si élevé et si mal clos? La situation était urgente; la position critique. Le notaire s'aventura dans cette périlleuse ascension. Enfin, il arriva jusqu'au lit du cholérique.

Celui-ci déclara qu'il entendait donner toute sa fortune à sa femme. C'était à merveille. Mais comment, au milieu des airs, consigner cette volonté par écrit? Un testament ne se rédige pas sur le pouce.

M. Carel, que ces épreuves acrobatiques charmaient médiocrement, prit un parti des moins héroïques. Il descendit du perchoir et alla écrire le testament sur le comptoir d'un voisin; puis, le testament terminé, le tabellion remonta au plus vite et le lut au malheureux fermier. Il n'était que temps. Le malade, hors d'état de signer, rendit le dernier soupir.

Ce testament fut d'abord exécuté. Mais, plus tard, les héritiers naturels découvrirent la pittoresque histoire de sa confection. Ils l'attaquèrent et le firent annuler à tous les degrés, y compris même la cour de cassation, qui rejeta le pourvoi formé contre l'arrêt de la cour de Caen.

Or, voici une nouvelle phase du litige. La femme, qui avait perdu l'héritage par la

Cette angine, ainsi nommée en souvenir de la première description de cette maladie faite en 1836 par Ludwig, médecin de Wurtemberg, est une affection assez souvent méconnue; elle est, en réalité, plus fréquente que ne le semble faire supposer le peu de place que lui accordent dans leurs livres la généralité des auteurs.

Etant donnée la signification attribuée maintenant au mot angine, qui veut dire inflammation de l'arrière-bouche et du pharynx, la dénomination d'angine de Ludwig s'applique mal ici.

Il vaudrait mieux dire tout simplement : maladie de Ludwig ou inflammation de Ludwig.

L'affection a été aussi appelée cynanche ou cynanque cellulaire maligne, cynanche étant un terme ancien qui servait à désigner l'angine pharyngée.

Le nom d'inflammation gangréneuse du cou, qui a été également donné à la maladie en question, n'est pas justifiée, puisqu'elle peut se terminer par la résolution.

L'affection qui nous occupe, et à laquelle nous donnerons le nom de *maladie de Ludwig*, est une infiltration inflammatoire du plancher de la bouche, du tissu cellulaire sous-jacent et de la région supérieure, latérale et moyenne du cou, infiltration qui prend son point de départ dans une inflammation de la glande sous-maxillaire et du tissu conjonctif environnant.

Elle se montre sans cause appréciable, parfois après refroidissements, après une chute ou un coup sur la mâchoire inférieure ou sur le plancher de la bouche, ou bien elle succède à une maladie infectieuse aiguë. Cette dernière cause joue un rôle important : on la voit survenir après la scarlatine, la rougeole, la variole, le typhus, la diphthérie ; la scrofulose, la tuberculose et la syphilis interviennent probablement aussi dans l'étiologie.

En seconde ligne viennent les maladies qui peuvent avoir pour conséquence des gonflements sympathiques de la sous-maxillaire et des ganglions lymphatiques voisins.

Il faut y ranger les angines phlegmoneuses, érysipélateuses, diphthéritiques, gangréneuses et les processus ulcératifs de la cavité buccale. Elle a quelquefois aussi pour point de départ une périostite de la mâchoire inférieure.

Il est très vraisemblable que la cause essentielle, dans les cas qui arrivent en apparence spontanément, doit être cherchée dans le transport de micro-organismes, streptocoque, staphylocoque, c'est-à-dire dans une affection de la muqueuse dépouillée de son épithélium.

Nous l'avons observée chez des enfants atteints d'eczéma de l'oreille et de la face.

---

faute du notaire, se retourna vers ce dernier et lui demanda la réparation du préjudice qu'il avait causé en n'exécutant pas les prescriptions de la loi pour la validité du testament. Bref, la dame réclama un total de 25,000 francs.

Le tribunal de première instance, en arbitrant le tout *ex-exquo et bono*, avait fixé les dommages-intérêts à 9,000 francs.

La cour de Caen, saisie de l'appel de ce jugement, rendit un arrêt, reconnaissant et établissant en principe la responsabilité du notaire.

Celui-ci n'a pas cru devoir se retourner contre les médecins, ni leur demander compte de ce qu'ils avaient rendu le testament impossible, en faisant percher le malade dans des régions inaccessibles.

D'ailleurs, les médecins s'en seraient tirés à merveille par l'intention. Aristote ne raconte-t-il pas qu'une jeune fille qui, en donnant un philtre d'amour à un jeune homme, l'avait empoisonné, fut acquittée par l'aéropage, parce que son intention avait été non de le tuer, mais de charmer son amant?

* * *

Chez un grand spécialiste pour névropathes.

Le maître au mari :

— Voyez-vous, votre femme a plus que jamais besoin d'exercice.

— Mais, docteur, comment faire? Elle ne veut jamais sortir.

La maladie a quelquefois régné épidémiquement, consécutive alors à une affection infectieuse aiguë.

Elle peut arriver à tout âge et est ordinairement unilatérale.

L'affection débute quelquefois brusquement par un gonflement plus ou moins douloureux et remarquablement dur dans la région de l'une ou l'autre glande sous-maxillaire. La tuméfaction se constate par la bouche et par la peau du cou, qui a sa coloration normale; elle s'étend très rapidement pour atteindre l'os hyoïde et même le sternum. Les mouvements de la mâchoire inférieure sont compètement impossibles, ce qui fait que le malade ne peut plus ni mâcher ni parler. La déglutition est aussi fort difficile par suite de l'extension du gonflement.

La langue est reportée vers la voûte palatine, pressée qu'elle est par l'infiltration inflammatoire. La maladie progressant, il peut se produire des phénomènes de laryngosténose par suite d'un œdème de la muqueuse ou de la compression du larynx ou de la trachée. Les gros vaisseaux du cou n'échappent pas non plus à celle-ci; il en résulte alors des attaques vertigineuses, des bourdonnements d'oreille, des syncopes, du délire, conséquence de la pression exercée sur les jugulaires. Il peut aussi survenir de la thrombose dans les mêmes conditions.

Les troubles gastriques sont ordinairement prononcés; c'est ce qui est arrivé chez notre malade. Les phénomènes fébriles peuvent être presque nuls au début; plus tard, ils sont en rapport avec l'intensité du processus inflammatoire.

La marche de la maladie est ordinairement rapide. La tumeur, que le doigt en palpant a découverte en une place circonscrite et qui est dure, résistante, située un peu en avant et en dedans de l'angle de la mâchoire inférieure, est d'abord peu douloureuse pour le devenir ensuite peu à peu en augmentant d'étendue.

Elle peut rétrograder, mais c'est relativement rare. En général, après plus ou moins de durée, il se forme des abcès qui s'ouvrent spontanément ou chirurgicalement, en partie au dehors, en partie dans la cavité buccale, en fournissant un pus épais, parfois ichoreux, mêlé de débris de tissus. Assez souvent, il reste des conduits fistuleux et des cicatrices qui défigurent le malade et compromettent les mouvements des muscles du cou.

Il ne faut pas considérer le pronostic comme absolument défavorable. La forme la plus grave est la forme symptomatique.

Dans celle-ci, comme dans la forme idiopathique, du reste, la mort peut arriver par destruction gangréneuse de la peau et pyhémie ou par asphyxie, si le larynx est intéressé.

— Oh! vous avez un moyen bien simple; donnez-lui de l'argent pour aller courir les magasins.

J'ai connu un autre mari qui a employé un moyen analogue. Un jour que madame était plus insupportable que de coutume, geignant à fendre l'âme, paraissant prête à trépasser, le mari, bon homme, sort en disant qu'il va chercher le médecin. En route, il se ravise, se dit que tout cela n'est peut-être que des simagrées et, pour en avoir le cœur net, rentre chez lui et dit :

— Ma chère, c'est bien dommage que tu sois si souffrante. J'ai trouvé en bas une lettre de notre ami X..., qui nous offre deux places dans sa loge des Variétés pour ce soir. Je vais aller le remercier, je n'irai pas sans toi.

— Mais non, mais non, dit la dame en sautant sur ses jambes, accepte; je vais mieux et je sens que je vais aller bien tout à fait.

Une demi-heure après, elle était, en effet, tout à fait bien. Elle dina de bon appétit et s'amusa comme quatre... avant le spectacle. Le mari avait bien envie de s'en tenir là et de coller sa femme. Mais, dans sa bonté, il ne voulut pas exposer sa moitié à une nouvelle crise et réalisa le programme qu'il avait annoncé. Il y gagna, du reste, car madame fut charmante pendant plusieurs jours.

La vertu est toujours récompensée, surtout chez les maris.

*
* *

Le dernier mot du Marseillais, au Congrès de Marseille.

Dans les cas très graves par l'intensité des symptômes, la maladie peut aussi se terminer par la guérison, après avoir passé par la période de suppuration.

C'est un pronostic réservé que nous avons porté chez notre malade, qui, comme il nous l'a dit, a été atteint d'une fièvre muqueuse ayant duré quatre semaines.

C'est à la fin de cette maladie que l'inflammation de Ludwig s'est déclarée. Nous avons vu le malade pour la première fois alors que la tuméfaction avait déjà gagné d'étendue et atteint la région hyoïdienne. Elle avait débuté par le côté droit. La suppuration était déjà manifeste à la palpation; ce qui nous a engagé à faire immédiatement deux incisions pour évacuer le pus, qui s'est montré ichoreux, plus ou moins épais, fétide, mêlé de sang et de parties de tissus.

L'infiltration s'étendait profondément, et, comme quelques-uns d'entre nous ont pu le voir, le pus sortait en grande abondance à chaque mouvement de déglutition qu'exécutait le malade. L'interrogatoire nous a montré que les symptômes qui se sont manifestés sont ceux que nous avons énumérés il y a quelques instants, et qui se rencontrent dans la plupart des cas. La déglutition était devenue impossible depuis plusieurs jours; il en était de même de la parole et de la mastication.

Le malade, déjà affaibli par l'affection antérieure qui probablement avait été une fièvre typhoïde à forme muqueuse, maigrissait à vue d'œil et faisait l'effet d'un sujet atteint d'une maladie cachectique arrivée à sa dernière période. Les phénomènes de laryngo-sténose commençaient à se montrer et aggravaient incontestablement une situation déjà fort précaire auparavant. Avec la sortie du pus, les phénomènes généraux et locaux ont pris une marche favorable et, comme vous le voyez maintenant, la guérison du malade est assurée.

Il faut, quand vous assistez au début de la maladie, employer un traitement antiphlogistique énergique : application continuelle de glace sur la partie malade; usage de glace à l'intérieur ou émission sanguine locale pratiquée au moyen de sangsues. Ce traitement s'applique surtout à la forme idiopathique; il ne sera pas indiqué, en général, dans la forme symptomatique, où l'antisepsie sera plus de rigueur dès le début. C'est ainsi que les injections parenchymateuses d'une solution d'acide phénique à 2 p. 100 pourront être très utiles.

Les forces du malade devront être soutenues le mieux possible; comme nous l'avons fait dans notre cas, vous prescrirez le quinquina en décoction ou sous forme de vin, ainsi qu'un régime tonique en conséquence.

La fluctuation devra être recherchée avec soin, et il faudra donner issue au pus dès

---

Un Marseillais et un Toulousain dînaient avec nous, hâblant à qui mieux mieux. Il y avait aussi un Bordelais qui faisait joliment chorus. Mais passons le Bordelais. Le Toulousain dit, à propos du coq :

— Nous en avons un, à Toulouse, qui chante si fort, que toutes les poules de la ville accourent aussitôt.

— Oh! à Marseille, nous avons bien mieux. Quand le nôtre chante... (ici une pause) le soleil se lève !

SIMPLISSIME.

POTION CONTRE L'ANGINE DIPHTHÉRITIQUE.

Extrait sec de quinquina	2	grammes.
Hydrolat de cannelle	15	—
Hydrolat de fleurs d'oranger	10	—
Vin de Bordeaux	30	—
Sirop d'écorces d'oranges amères	25	—

F. s. a. une potion tonique et apéritive, à faire prendre par cuillerées aux enfants atteints d'angine diphthéritique. — N. G.

que la suppuration sera constatée. Vous inciserez la peau au moyen d'un bistouri ordinaire, puis, avec la sonde cannelée, vous séparerez le tissu aponévrotique derrière lequel se trouve accumulé le pus en quantité plus ou moins considérable. C'est le seul moyen d'éviter les accidents septico-pyhémiques qui peuvent être ici très rapides, ainsi que les fusées purulentes dans le médiastin, avec leurs conséquences fatales, et peut-être la trachéotomie rendue nécessaire, si la compression est trop forte. C'est une opération devant laquelle il ne faudra pas, en effet, reculer, mais elle sera toujours rendue difficile par suite de l'épaisseur des tissus enflammés et exigera l'emploi d'une longue canule ou, à son défaut, celui d'une sonde uréthrale, en attendant que celle-là soit à votre disposition.

Avant de terminer, nous attirerons votre attention sur la nécessité d'intervenir énergiquement et rapidement dans une affection qui peut vite devenir très grave.

Il existe aussi une autre forme de cette maladie qui a une marche plus lente et tend à devenir chronique. Elle succède ordinairement à une périostite du maxillaire inférieur et est limitée d'un côté; la tuméfaction n'est jamais notable et ne prend pas d'extension.

L'application de pommades iodées et de vésicatoires plusieurs fois répétés vous permettra le plus souvent de vous rendre maître du gonflement persistant, consécutif à la forme aiguë ou symptomatique de la forme chronique d'emblée.

REVUE DES JOURNAUX

Un cas d'empyème de l'antre d'Highmore dû au streptocoque de l'érysipèle, par le docteur Luc (*Revue de laryngologie*). — Luc est un chaud partisan de la doctrine qui attribue à la carie dentaire l'origine de l'empyème du sinus maxillaire, et il a récemment soutenu son opinion à la Société française de laryngologie (mai 1891), où il a déclaré que, dans plus de 20 cas observés, il avait toujours constaté une lésion des dents. Le fait suivant est pourtant une exception. Une dame de 65 ans est atteinte d'un abcès du sinus maxillaire gauche; la malade fait remonter le début de l'affection à huit mois auparavant, époque où elle fut prise d'un érysipèle de la face avec abcès de la paupière supérieure gauche. L'abcès fut ouvert par la fosse canine, et il s'écoula une certaine quantité de pus non fétide qui fut l'objet de recherches bactériologiques, montrant qu'il renfermait des chaînettes de streptocoque. Vingt jours après l'opération, la malade fut reprise d'un érysipèle de la face qui débuta par l'aile gauche du nez.

Luc fait remarquer dans ce cas les points suivants : développement primitif d'un érysipèle de la face, pénétration dans le sinus d'une colonie de streptocoques provoquant et entretenant pendant des mois la suppuration de cette cavité; enfin, ultérieurement, sous l'influence d'un traumatisme chirurgical, réveil aigu et nouvelle extension à la face du foyer longtemps localisé à l'état torpide dans la cavité du sinus. — P. N.

Le tubage de O'Dwyer dans la sténose laryngée d'origine diphthéritique, par le docteur J. Schwalbe (*Revue de laryngologie*). — L'auteur résume ainsi cette étude clinique dont les matériaux ont été empruntés au service du docteur Hahn, à l'hôpital général de Friedchshain (Berlin). Les avantages du tubage sont les suivants :

1° Sa rapidité, la simplicité de son emploi; avec lui, point de plaie produite et, par conséquent, point de phénomènes infectieux possibles par cette voie;

2° Avec le tubage, la respiration continue de se faire par les voies naturelles, tandis qu'avec la trachéotomie, l'air ne passant plus par le nez, la bouche, la gorge, le larynx, arrive aux poumons plus froid et moins pur.

Les inconvénients sont :

1° Les difficultés et les dangers du traitement consécutif;

2° Les difficultés de l'alimentation;

3° La fréquence de la nécrose des tissus, par suite de la pression produite par le tube;

4° La nécessité pour le malade d'avoir toujours par la suite le médecin sous la main;

5° La possibilité d'accidents funestes qui, en l'absence du médecin, peuvent amener rapidement la mort.

Le tubage donna, dans le service du docteur Hahn, des résultats si peu brillants que, finalement, à dater du mois de septembre 1890, on renonça à y recourir. — P. N.

SOCIÉTÉS SAVANTES DES DÉPARTEMENTS

SOCIÉTÉS DE MÉDECINE DE LYON (1er semestre 1891) (1).

Etude comparée de la propagation des souffles d'endocardites chez l'adulte et chez l'enfant, par M. PERRET. — De la première partie, il ressort que les auteurs sont divisés sur la question de savoir à quelle variété de lésions appartient la prépondérance, au point de vue de la limite extrême de la propagation. Cette divergence tend au moins à prouver que la propagation à longue distance peut appartenir aussi bien aux souffles mitraux qu'à ceux d'origine aortique. En tout cas, le rétrécissement dans une grande étendue est plutôt une éventualité rare chez l'adulte, alors qu'elle semble plutôt la règle pour l'enfant.

M. Perret, dans la seconde partie, montre, par un exposé historique de la question, que l'étude de la propagation extrême des souffles dans l'enfance ne se trouve nulle part. C'est cette lacune qu'il a cherché à combler, en étudiant à ce point de vue les petits cardiaques qui ont passé sous ses yeux depuis deux ans à la clinique médicale de la Charité.

Il établit trois catégories de faits :

Le premier groupe, le moins nombreux, comprend ceux qui rappellent le type observé communément chez l'adulte. Il s'agit de souffles systoliques de la pointe s'étendant plus ou moins du côté de l'aisselle.

Le deuxième groupe concerne les malades chez lesquels le souffle, dépassant les limites habituelles de la région précordiale et de l'aisselle, se perçoit dans toute la région thoracique antérieure et retentit encore en arrière surtout au niveau de la colonne vertébrale. Et, à cet égard, ce retentissement a lieu tantôt simplement sur la colonne, dans la ligne au niveau du cœur, tantôt et plus souvent dans toute l'étendue de la tige osseuse, depuis la nuque jusqu'au sacrum.

Dans la troisième catégorie entrent les cas où la propagation du souffle se fait dans une étendue vraiment prodigieuse; non seulement il peut être perçu dans toute l'étendue du thorax, en avant comme en arrière, à gauche comme à droite, mais, abandonnant en quelque sorte le thorax, l'oreille le poursuit en haut sur le membre inférieur, en bas sur les os du bassin, le fémur et même la rotule, comme cela s'est présenté dans un cas. L'extrémité céphalique joue parfois elle-même le rôle de caisse de résonnance, et, chez deux malades, le bruit se percevait aussi sur l'occiput et le sommet de la tête.

D'après M. Perret, plusieurs causes peuvent être invoquées pour expliquer ces retentissements extrêmes, tout d'abord la structure du thorax de l'enfant composé de pièces ostéocartilagineuses flexibles et faciles à entrer en vibration. En second lieu, la faible épaisseur des parties molles recouvrant le squelette, et qui rapproche l'oreille du lieu de production des bruits. En troisième lieu, la petitesse et l'étroitesse du thorax de l'enfant qui font encore que les organes sont moins éloignés de l'oreille de l'observateur.

L'activité du cœur lui-même n'y est pas étrangère, activité sollicitée encore davantage par la présence de la lésion valvulaire. Les affections cardiaques ont, en effet, chez l'enfant, un caractère sthénique, et le cœur se contracte avec une grande énergie. Il faut tenir compte aussi du timbre des souffles qui est aigu, aigre, si on peut s'exprimer ainsi, caractère favorable à la transmission des bruits au loin. En dernier lieu, l'intensité des bruits de souffle ordinaire chez l'enfant n'est pas à négliger. Cette intensité reconnait pour cause l'intégrité du myocarde dans l'enfance, l'activité dont il est doué, et enfin la rapidité de la circulation.

(1) Suite. — Voir les numéros des 22, 24, 26 septembre et 1er octobre 1891.

Le cœur, en effet, bat plus vite chez l'enfant que chez l'adulte, dans le sexe féminin, que dans le sexe masculin. Or, on sait, d'après les expériences ingénieuses d'hydraulique traitées par Bergeon (thèse de Paris, 1868) que l'intensité des sons produits par les vibrations d'une masse fluide en mouvement est directement proportionnelle à la vitesse de cette masse; conclusion applicable en tous points aux souffles cardiaques. M. Perret trouvait, en effet, couramment, chez ses petits malades, 100, 120, 130 pulsations à la minute, et son observation ne visait que des filles.

Action résolutive de l'antipyrine sur les épanchements pleurétiques, par M. Clément. — Depuis bientôt trois ans son attention est attirée sur une action fort remarquable de l'antipyrine dans les épanchements pleurétiques. Les faits qu'il a observés ne sont pas très nombreux (une vingtaine environ), mais ils sont assez démonstratifs pour qu'il se croie autorisé à les faire connaître.

Quand un malade entre dans son service avec les signes d'un épanchement de la plèvre, il trace au crayon de nitrate d'argent la limite supérieure de la matité. Il a ainsi une ligne de repère qui lui permet de suivre jour par jour et avec certitude les moindres variations dans le volume du liquide épanché. Cela fait, que le malade ait ou non de la fièvre, il lui administre systématiquement l'antipyrine, sans aucune autre médication adjuvante. Or, voici ce qu'il a observé dans tous les cas où l'épanchement n'était ni *hématique* ni *purulent*. Dès le lendemain, et au plus tard dès le surlendemain, il y a un abaissement notable dans la hauteur de la matité absolue. Assez souvent, après quarante-huit heures de traitement, il y a disparition complète de la matité absolue. Il a actuellement, dans son service, une femme âgée qui avait depuis deux mois un épanchement du côté gauche, de moyenne intensité, sans réaction fébrile et chez laquelle le liquide s'est résorbé complètement en vingt-quatre heures. Chez d'autres sujets, il a constaté une résolution aussi rapide et elle s'est effectuée en moins de quatre jours dans les autres cas. La dose, ordinairement suffisante et toujours nécessaire, est de 6 grammes par jour, administrés de quatre heures en quatre heures, par fraction de 1 gramme. Une fois le liquide résorbé, on doit continuer le médicament quelques jours encore, en abaissant la dose quotidienne à 4 grammes, par exemple, sans quoi on peut avoir une récidive.

Les cas qu'il a traités ainsi comprennent des pleurésies aiguë *a frigore* avec fièvre et des pleurésies latentes. Les unes et les autres se sont comportées de la même manière; il croit même que le succès a été plus rapide dans les formes latentes que dans les formes aiguës.

La médication échoue quand l'épanchement est purulent; il croit aussi qu'il en est de même dans les épanchements hématiques; c'est ainsi qu'il a eu à traiter une femme atteinte d'épanchement hématique, qui supportait difficilement toute médication et à laquelle il a été obligé de pratiquer la thoracentèse.

D'autre part, il ne peut rien affirmer en ce qui concerne les épanchements remplissant toute la cavité pleurale. Il ne s'est pas cru autorisé, en pareil cas, à employer cette médication et à faire courir aux malades les risques d'un retard dans l'opération, et il a pratiqué la thoracentèse. Il lui semble difficile de donner une explication plausible de cette action curieuse de l'antipyrine. Même dans les cas où la résolution a été pour ainsi dire immédiate, il n'a pas constaté de diurèse, à peine une augmentation de 100 à 200 grammes des urines de vingt-quatre heures. Quelques malades n'ont pas de sueurs, d'autres en ont après la résolution du liquide; enfin, chez d'autres, on a noté des transpirations assez abondantes, mais infiniment moindres que celles que procurerait une injection de pilocarpine. Ce n'est donc ni dans une crise du côté des reins ni dans une crise du côté de la peau qu'on peut trouver l'explication cherchée. Il résulte pour lui de la longue pratique qu'il a de l'antipyrine que ce médicament a une action spécifique sur presque tous les processus inflammatoires, à l'exception pourtant des arthrites blennorrhagiques qui résistent à l'action de l'antipyrine. Si son influence sur la vitalité et le développement des microbes est à peu près nulle, il doit agir comme un antiseptique indirect. C'est à cette action générale de l'antipyrine, exercée sur les inflammations de la plèvre, qu'il attribue les bons résultats qu'il en a obtenus.

Analyse bactériologique d'un cas de membre éléphantiasique. — M. Rodet : Un premier examen a porté sur la sérosité du membre amputé, au niveau d'une poussée inflammatoire; cette sérosité contenait le *streptococcus pyogenes.*

Une seconde analyse a été faite avec une des petites tumeurs enlevées au membre du côté opposé. Les cultures donnèrent, à l'état de pureté, un staphylococcus. Donc, dans les cultures sur gélatine et en bouillon, d'une légère teinte jaune orangée, il était blanc sur la pomme de terre; injecté au lapin adulte dans le tissu cellulaire sous-cutané, il ne produisit pas de pus; mais, injecté dans les veines d'un lapin jeune, il détermina des ostéites juxta-épiphysaires très circonscrites, mais manifestes. C'était, en somme, le staphylococcus pyogenes, mais dans un état d'atténuation, atténué tant au point de vue de la virulence qu'au point de vue du chromogène; sous ce dernier rapport, c'était un type de transition entre le staphylococcus pyogenes aureus et le staphylococcus albus. Ce microbe était, sans doute, la cause des lymphangiomes, le streptocoque du premier examen étant vraisemblablement lié aux poussées inflammatoires surajoutées.

Ce cas présente une certaine analogie, au point de vue bactériologique, avec celui qu'ont étudié MM. Lannois et Roux ; dans les deux cas, c'était le staphylococcus pyogenes localisé dans les voies lymphatiques, et dans un état d'atténuation. Cela permet de soupçonner un rapport de cause à effet entre la localisation lymphatique et l'atténuation de ce microbe.

Etiologie des vulvites blennorrhagiques chez les petites filles. — M. P. Aubert, chirurgien de l'Antiquaille, fait une communication sur la recherche de l'étiologie des vulvites blennorrhagiques observées chez les petites filles.

M. Aubert pense qu'en présence de petites filles atteintes de blennorrhagies, il faut être réservé en ce qui touche l'intervention médico-légale et l'incrimination d'attentats. Le médecin consulté doit toujours examiner avec le plus grand soin le père et la mère de l'enfant. Il y a peu de temps, une fillette lui fut amenée, porteuse des accidents en question. La mère fut examinée très soigneusement et l'on ne découvrit chez elle rien de suspect. Le père paraissait également sain ; mais M. Aubert le fit pisser dans un verre et constata la présence de quelques filaments granuleux; l'un de ces filaments, examiné, apparut farci de gonocoques ; cependant, les urines étaient tout à fait claires et la blennorrhagie paternelle entièrement latente.

La conclusion est qu'en pareil cas, c'est d'abord dans la famille qu'il faut chercher l'origine d'un contage dont le mécanisme immédiat peut varier à l'infini.

(*A suivre.*)

COURRIER

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cheminade, médecin de la marine au Tonkin ; Correnson, de Jemmapes (Algérie); Deluze (de Coutras); Jacottet (de Bonneville); Prévost (d'Harbonnières).

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux
Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.
Membres du Comité :
LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital du Val-de-Grâce. — Service de M. BURLUREAUX, profr agrégé.

Erythème mercuriel scarlatiniforme.

Observation recueillie par M. RAMALLY, médecin stagiaire.

Un homme est entré dans le service des vénériens, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, le 26 juillet 1891. C'est un sapeur-pompier, robuste, âgé de 22 ans. En l'interrogeant, on apprend qu'il a eu, le 15 mai 1891, un chancre induré dans le sillon balano-préputial et à droite. Toutefois, c'est un mois plus tard seulement qu'il se décida à se présenter à la visite médicale régimentaire. A ce moment, des ganglions s'étaient abscédés dans l'aine gauche et la marche était devenue impossible.

Le 26 juillet, on institue le traitement mixte : iodure de potassium, 4 grammes; frictions à l'onguent mercuriel. La pommade est donnée au malade qui l'étend sur la face antérieure de son bras gauche, sans opérer de friction, et au niveau du pli du coude.

Le lendemain 27, même opération est répétée au niveau du creux poplité gauche, sans frotter plus énergiquement. La quantité totale d'onguent utilisé dans ces deux jours ne dépasse pas 8 grammes.

Le 27, au soir, le malade éprouve une sensation pénible de cuisson et de démangeaison par tout le corps, accusée surtout au niveau des organes génitaux; déjà, il remarque l'apparition de taches rouges sur son épiderme. Mais, il n'y attache aucune importance, les croyant provoquées par le grattage incessant auquel il se livre. Vers le soir du même jour, la déglutition devient pénible, la nuit est mauvaise, sueurs et fièvre, la température n'a pas été relevée.

Le malade est évacué le lendemain dans la division des contagieux, service de M. le professeur agrégé Burlureaux, avec le diagnostic « éruption scarlatiniforme ». C'est là que nous l'observons.

Le 28, au matin, on trouve le malade dans un état de prostration assez considérable, la température est de 39°4, la déglutition est impossible, la voix nasonnée a de la difficulté à sortir, le cou est douloureux spontanément et au moindre mouvement. Pas de rachialgie. La démangeaison, si vive hier, a disparu, le corps est couvert d'une éruption rubéoliforme sur le tronc et les jambes, scarlatiniforme au niveau du coude gauche et du creux poplité gauche, endroits qui ont subi la friction mercurielle. Le scrotum et la verge présentent la même éruption, de larges plaques rouges confluentes, non saillantes, ainsi que le bas-ventre, mais la rougeur est moins accusée dans ces endroits qui n'ont pas subi d'onctions mercurielles. De plus, le fourreau de la verge présente de l'œdème, qui a débuté en même temps que les accidents cutanés. Pas de vésicules miliaires. Rien à la face.

Les gencives sont tuméfiées, douloureuses, la langue est augmentée de volume. Pas de salivation. L'arrière-gorge est fortement injectée, les amygdales rouges débordent peu les piliers; celle du côté droit présente sur sa face interne une plaque blanchâtre d'apparence diphthéroïde, occupant toute cette face. Les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés et douloureux, principalement à droite. Dans le sillon balano-préputial et à

droite, induration typique du chancre infectant; dans l'aine droite, pléiade ganglionnaire; à gauche, au niveau du sillon inguinal, on remarque une tumeur rouge, chaude, fluctuante, de la dimension d'un gros œuf de poule, à grand axe, dirigé suivant le ligament de Poupart. Diarrhée depuis hier soir.

On suspend tout traitement antisyphilitique; forte irrigation de l'arrière-gorge; la pseudo-membrane est détachée à la suite de lavages énergiques, et sa surface d'implantation touchée au collutoire Gaucher. — Compresses résolutives au chlorhydrate d'ammoniaque sur le bubon. La fièvre s'élève, le soir, à 40°.

Le 29, les caractères présentés par le malade n'ont pas varié; la température a été, le matin, de 39°8; le soir, de 40°. La fausse membrane s'est reproduite, mais elle n'a plus que les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. Le 30, la température du matin atteignant 40°2 et l'état général du malade étant fort peu satisfaisant, M. le professeur Burlureaux ordonne un grand bain tiède à 38°, progressivement refroidi jusqu'à 30, suivant la pratique de M. le professeur Bouchard; et le bain ainsi donné, qui est incontestablement le meilleur des antithermiques, fait descendre la courbe à 38°6. Bien que la prostration du malade soit encore assez considérable, l'état de l'arrière-gorge s'est encore amélioré depuis hier. L'éruption persiste avec toute son intensité; on continue les irrigations et gargarismes.

Le 31, le malade accuse une grande amélioration. La température ne s'est pas relevée et oscille entre 37°4 et 38°2. Seul, un point blanc du volume d'une tête d'épingle persiste sur l'amygdale droite.

Le 1er août, la température redevient normale, l'angine est totalement guérie, l'éruption scarlatiniforme présente toujours les mêmes caractères; l'éruption rubéoliforme pâlit légèrement.

Au 3 août, l'éruption rubéoliforme a disparu, mais l'éruption scarlatiniforme persiste et s'accompagne, au pli du coude, au creux poplité, de desquamation semblable à celles de la scarlatine, en lamelles très larges, minces et craquelées. Au-dessous des lamelles épidermiques, la peau présente une teinte rouge vineux très accentuée; en traçant sur la peau une raie à l'aide de la pulpe du doigt, on ne produit pas la ligne blanche caractéristique de la scarlatine vraie. Dans les endroits où siégeaient les taches rubéoliformes, la peau a repris sa teinte normale, sans rester sèche ni rugueuse.

4 août. — Desquamation presque furfuracée de la verge; la teinte rouge persiste au niveau du pli du coude et du creux poplité, qui desquament. La verge est toujours œdématiée. Toute fluctuation a disparu dans l'aine gauche.

On recommence le traitement hydrargyrique, mais le sublimé est donné en dissolution dans l'huile par la voie sous-cutanée, suivant le procédé employé dans le service. On commence par 5 grammes d'huile à 1/2500.

5 août. — L'éruption pâlit; les placards rouges du bas-ventre et du creux poplité montrent des îlots de peau saine au milieu de leur surface, la coloration rouge du pli du coude est beaucoup moins vive. La peau est sèche et rugueuse à ce niveau; la desquamation furfuracée de la verge persiste, mais ne se montre pas ailleurs. Mouchetures rouges çà et là sur les jambes. Nouvelle injection d'huile mercurielle à 1/2500; le malade en absorbe 10 grammes. L'éruption ne se reproduit pas, malgré la nouvelle absorption de sublimé.

6 août. — 15 grammes d'huile au sublimé.

7 août. — La rougeur a disparu de toute la surface du corps. La desquamation n'est pas terminée sur la verge, qui a repris sa coloration normale et n'est plus œdématiée; au niveau du pli du coude et du creux poplité gauches on ne trouve de squames qu'à la périphérie de la surface occupée primitivement par la pommade mercurielle, surface qui se montre terne et rugueuse. 20 grammes d'huile mercurielle.

8 août. — 20 grammes.

9 août. — 25 grammes.

A partir du 10 août, 30 grammes sont pris quotidiennement.

Le 15 août, apparition de *roséole* syphilitique très nette sans retour offensif de la fièvre.

Le 30 août, syphilides papuleuses.

Cette observation nous semble offrir plusieurs points intéressants :

1° L'apparition d'une adénite inguinale suppurée consécutive à un chancre nettement syphilitique, phénomène que M. le professeur Fournier n'observe, en moyenne, que deux fois sur 100 cas. Dans l'espèce, nous trouvons l'explication de cette dérogation à la règle générale dans les exercices fatigants auxquels le malade a dû se livrer pendant le mois où il négligea de traiter son accident primitif. Cette adénite suppurée est entrée en résolution six jours après l'entrée dans la salle des contagieux. Ce fait est-il dû à l'action résolutive du chlorhydrate d'ammoniaque? Nous ne faisons que poser la question. Ce qu'il y a de certain, c'est que la solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque est un excellent résolutif. M. le professeur Pinard l'emploie avec grand succès dans le traitement de la phlegmatia alba dolens, et nous l'avons vue à diverses reprises donner de bons résultats.

2° Le diagnostic du début était assez délicat. Avions-nous affaire à une rougeole? à une scarlatine? à une éruption iodique ou à un exanthème hydrargyrique?

Nous éliminerons tout de suite la rougeole. Le malade n'a jamais rien présenté d'anormal du côté de la face; il n'y a jamais eu ni toux, ni coryza, ni larmoiement; de plus, la fièvre et l'éruption ont apparu simultanément. L'absence de tout phénomène du côté des muqueuses olfactive et oculaire, d'acné sur la peau, nous fait aussi rejeter l'hypothèse d'une intoxication par l'iodure de potassium.

Etait-ce de la scarlatine? Cette hypothèse était plus vraisemblable au premier abord, étant donnée la coexistence de l'angine pseudo-membraneuse. Mais notre homme a eu la scarlatine il y a dix-neuf mois. Les lignes tracées sur la peau par la pulpe digitale ne laissent pas apparaître à leur suite la raie blanche qui appartient à la scarlatine vraie. L'exanthème n'a pas crû en intensité pendant les deux ou trois premiers jours, comme cela se produit dans cette fièvre éruptive. C'est d'emblée qu'il est arrivé à son maximum de développement; à aucun moment, on n'a relevé l'apparition de vésicules miliaires. De plus, fièvre et exanthème ne marchent pas de pair ; la température est déjà revenue à la normale, que l'éruption persiste encore, aussi intense.

Bien que l'époque d'apparition de l'exanthème puisse faire penser à une éruption syphilitique, nous éliminâmes dès l'abord ce diagnostic, étant donné la distribution géographique de l'éruption et son mode d'évolution. D'ailleurs la roséole est apparue sous nos yeux le 15 août.

Nous avons songé aussi à l'érythème polymorphe, mais nous ne nous sommes pas arrêtés à cette interprétation. Par exclusion, nous avons donc pensé à une intoxication mercurielle, d'autant plus qu'avec les symptômes énumérés nous trouvons de l'angine et de la diarrhée.

Quant à l'angine, nous savons que, dans les cas d'intoxication mercurielle, elle peut atteindre un haut degré d'intensité et devenir parfois gangréneuse. Sa présence n'était donc pas de nature à nous éloigner du diagnostic d'intoxication mercurielle, elle ne faisait que le corroborer. Pourquoi avait-elle, dans l'espèce, revêtu l'apparence diphthéroïde? Nul doute que cette angine a été produite par des streptocoques. De nombreux examens antérieurs sur des angines semblables, à aspect diphthéroïde, permettent de penser que l'angine de notre malade était une angine à streptocoques;

la desquamation épithéliale de l'arrière-gorge avait ouvert la porte à l'invasion du microbe, hôte habituel de la bouche.

Notons à ce propos l'excellent résultat obtenu par M. Burlureaux, dans le traitement de ces angines pseudo-membraneuses, par l'irrigation de l'arrière-gorge faite au moyen d'un fort jet d'eau boriquée, projeté par un puissant irrigateur contre le pharynx, pendant que la langue est abaissée pour bien démasquer les parties profondes. Huit irrigations en trois jours ont suffi pour débarrasser entièrement l'arrière-gorge; et, dès la première, le malade avalait beaucoup mieux et se sentait soulagé.

3° Nous sommes en présence d'un cas d'intolérance remarquable vis-à-vis de la médication hydrargyrique, car la quantité de métal absorbé par la peau a dû être bien minime, puisqu'il y a eu onction simple et non friction, et cela avec une quantité de pommade qui n'a pas dépassé 8 grammes pris en deux jours.

Ces formes fébriles d'intolérance avec prurit, fièvre, angine, avaient déjà été signalées par Bazin, mais dans les empoisonnements aigus consécutifs à une absorption considérable des sels mercuriels.

4° Nous avons parlé plus haut d'un nouveau procédé d'introduction du mercure dans l'organisme par injection sous-cutanée de sublimé dans l'huile. M. le professeur Burlureaux a voulu étendre la méthode de traitement hypodermique par l'huile médicamenteuse à la thérapeutique de la syphilis. L'appareil qui sert à injecter dans le tissu cellulaire l'huile sublimée est identique à celui employé pour les injections d'huile créosotée. Restait à trouver le moyen de tenir le sublimé en dissolution dans l'huile. Le problème a été résolu en faisant préalablement dissoudre le sublimé dans l'éther (un gramme de sublimé pour cinq d'éther) et en ajoutant 2,500 grammes d'huile stérilisée. On remarque aussi qu'à l'inverse des frictions les injections n'ont été suivies d'aucun accident.

Cette tolérance ne doit-elle pas reconnaître pour cause le mode d'administration du médicament? Ce cas n'est pas isolé, et nous avons pu observer d'autres malades qui, par ce procédé, toléraient parfaitement des doses de mercure qui, administrées par l'estomac, par exemple, eussent paru excessives. Ainsi, un homme a pu prendre pendant plusieurs jours 60 grammes d'huile mercurielle à 1/2500 sans accuser d'autre phénomène qu'un peu de diarrhée. Il faut noter seulement une assez vive douleur locale, durant vingt-quatre heures environ, consécutive aux premières injections sous-cutanées, mais cette sensation pénible cesse après une huitaine de jours de traitement. Comment expliquer cette accoutumance? En tous cas, la douleur éprouvée n'a rien de comparable à celle qui suit les injections de calomel, jamais on n'a observé ni abcès ni eschares.

La méthode de M. le professeur Burlureaux est donc peut-être appelée à rendre des services dans les cas où l'intensité des accidents force le médecin à instituer une médication hydrargyrique énergique et rapide, ou dans les cas où le mercure donné par l'estomac et en frictions est difficilement toléré.

6° Il était intéressant de savoir si réellement le mercure restait dans le véhicule oléagineux. Les recherches instituées par M. Gessard au laboratoire du Val-de-Grâce l'ont très nettement démontré. Le sublimé se retrouve dans l'huile qui lui sert de vecteur.

Le malade est sorti après avoir pris par la peau 620 grammes d'huile

mercurielle en vingt-huit jours. Soit environ 1 centigramme par jour de sublimé, sans le moindre accident.

REVUE DES CLINIQUES

Etudes générales sur les substances solubles d'origine microbienne, par MM. Arloing et Courmont (1). — Les microbes sécrètent des produits solubles, fabriquent des substances qui imprègnent le milieu ambiant, se répandent dans tout l'organisme et vont produire, souvent en des points très éloignés, des accidents jadis imputés aux microbes eux-mêmes.

Cette vérité, qu'il est presque banal d'énoncer aujourd'hui, n'est pas généralement admise depuis bien longtemps.

Avant la démonstration expérimentale directe, l'étude critique des effets pathogènes des microbes avait conduit logiquement à cette hypothèse que le microbe n'est pas tout, que certains simptômes étaient à cause de lui, mais en dehors de lui.

On a d'abord constaté les effets des sécrétions microbiennes sur l'organisme infecté. Ces produits imprèguent tous les tissus transportés par le sang à la lymphe en se répandant par imbition.

C'est ainsi, que M. Chauveau avait pu produire rapidement chez les animaux tous les symptômes du charbon, qu'il avait même pu les empoisonner, les tuer hâtivement en leur transfusant du sang frais provenant d'un autre animal en pleine évolution du charbon. Il était bien difficile d'admettre que cette intoxication rapide, reproduisant les symptômes charbonneux, fût due aux microbes présents dans le sang infecté; il était plus rationnel de supposer dans le sérum de l'animal malade des produits toxiques, pouvant reproduire la maladie dans un autre organisme; dès lors, le *bacillus anthracis* devait tuer plus par les poisons qu'il sécrète que par sa présence même.

On avait également remarqué depuis longtemps chez les malades atteints de maladies infectieuses, que certains groupes ganglionnaires se tuméfient, s'enflamment sans qu'on puisse déceler à leur intérieur la présence du microbe pathogène. Cette action à distance ne pouvait s'expliquer que par l'influence des poisons microbiens solubles.

Enfin, ceux-ci ont été surpris s'éliminant de l'organisme malade par différentes voies naturelles de l'excrétion. Les urines acquièrent une toxicité anormale toutes les fois qu'elles proviennent d'un homme ou d'un animal atteint de maladie infectieuse. Je n'ai pas besoin de vous rappeler les travaux de M. Bouchard sur ce point, j'aurai d'ailleurs à y revenir plus longuement. MM. Lépine et Guérin, Villius, Pouchet, Roque et Weill, etc. ont suivi la voie tracée et étudié la toxicité des urines dans différentes maladies microbiennes.

L'observation, une expérimentation indirecte ont mis en relief des faits certains que seule la fabrication de produits solubles microbiens dans l'organisme malade peut expliquer.

La culture en milieux artificiels a également servi à démontrer, et d'une façon plus directe, que les microbes sécrètent des produits solubles et que ceux-ci ont des propriétés toxiques particulières. M. Pasteur a constaté la toxicité du bouillon de culture du choléra des poules; M. Charrin, celle des liquides où a vécu le bacille pyocyanique. Les mêmes remarques ont été faites avec le *bacillus anthracis*, le *pneumo-bacillus liquefaciens bovis*; le *bacillus hémi-necrobiophilus*, le *staphylococcus pyogenes*, le bacille de la diphthérie, celui du tétanos. Les bouillons où ont végété les microbes précédents sont capables de provoquer des phénomènes généraux et parfois des lésions matérielles rappelant celle de la maladie véritable. Parmi les microbes qui confèrent à leurs bouillons de culture le pouvoir toxique le plus remarquable, je vous citerai le bacille de la diphthérie (Roux et Yersin) et celui du tétanos (Vaillard et Vincent). Ces bacilles sécrètent des produits solubles

(1) Résumé d'après la *Province médicale.*

toxiques, et d'une toxicité toute particulière, qui ne ressemble pas à celle d'une culture quelconque.

La spécificité des substances solubles microbiennes est encore bien plus manifeste lorsqu'on étudie l'action spéciale qu'elles exercent sur l'organisme, par rapport à l'infection simultanée ou ultérieure de leurs microbes producteurs. Les unes sont vaccinantes (Chauveau, Charrin, Roux et Chamberland, Courmont et Dor), d'autres sont prédisposantes (Courmont, Roger, Bouchard, Rodet).

Les microbes sécrètent donc des produits solubles, et ceux-ci diffèrent suivant le microbe producteur.

Tâchons d'entrer plus avant dans la connaissance de ces sécrétions, et de découvrir leur nature.

On crut tout d'abord avoir découvert des corps exclusivement assimilables aux ptomaïnes, c'est-à-dire à ces composés organiques répondant à la formule C H Az (Ar. Gauthier) ou C H Az O (G. Pouchet) qui se forment sous l'influence des agents de la putréfaction et possèdent avec les alcaloïdes la propriété de servir de base dans les combinaisons chimiques. Les *ptomaïnes* sont en plus amorphes ou cristallisables, solubles dans l'eau, l'alcool et l'éther.

A leur étude se rattachent les noms de Panum, de Bergmann et Schmiedeberg, de Suelzer et Sonnenschein, d'Ar. Gauthier, de Selmi, etc., etc. C'est Nencki qui a le premier caractérisé comme espèce chimique une de ces substances qu'il a appelée *collidine* (C^8 A^{12} Az). M. le docteur Ar. Gautier a particulièrement signalé l'analogie de ces substances avec d'autres fabriquées par les organes sains et qu'il a désignées sous le nom de *leucomaïnes*; plusieurs de ses élèves ont publié des travaux dans ce sens de 1880 à 1889. Nous devons à Brieger l'isolement de toute une série de *ptomaïnes cadavériques :*

Choline (C^5 H^{15} Az O^2); neuridine (C^5 H^{14} Az^2); cadavérine (C^5 H^{16} Az^2); putrescine (C^4 H^{18} Az^2); saprine (C^5 H^{16} Az^2); triméthylamine (C $H^3)^3$ Az); mydaléine, ayant une action physiologique particulière.

Raisonnant par analogie, Brieger se mit à la recherche des ptomaïnes fabriquées dans *in vitro* par les microbes pathogènes, en se servant d'une grande quantité de bouillon de culture. C'est ainsi qn'il a parlé d'une ptomaïne extraite des cultures du bacille typhique. Le bacille du tétanos lui en a fourni plusieurs : tétanotoxine, hydrotétanine, spasmotoxine, et tétanine, cette dernière paraissant être la plus importante dans la genèse du tétanos. MM. Rodet et Courmont ont extrait des cultures du staphylocoque pyogène une ptomaïne des plus remarquables par ses effets physiologiques.

Il n'y a pas bien longtemps, en 1887, les idées sur la nature des produits solubles microbiens étaient tellement aux ptomaïnes que Brieger a publié à cette époque un petit volume intitulé : *Microbes, ptomaïnes et maladies*. Toutes les recherches de Nencki ont été dirigées dans ce sens.

Cependant, tout n'est pas ptomaïne dans les sécrétions microbiennes et même ce n'est pas dans cette classe qu'il faut rechercher les produits les plus intéressants des micro-organismes pathogènes.

En procédant par analogie, comme on l'a fait pour les ptomaïnes, on s'aperçut que les micro-organismes non pathogènes sécrètent des *diastases :* Sucrase de la levure; Caséase du *tyrothrix seaber;* diastase du *bacillus amylo-bater*.

Duclaux et Vignal ont fait sur les microbes de la terre et de la bouche des observations qui démontrent la sécrétion possible des diastases.

Il était donc logique de supposer que les microbes pathogènes ont un pouvoir analogue.

Déjà, en 1877, M. Pasteur avait supposé que le *bacillus anthracis* fournit une diastase servant à agglutiner les globules sanguins.

En 1887, M. Rietsch a extrait des cultures du *staphylococcus pyogenes aureus*, une substance qui digère la fibrine comme un ferment soluble.

En 1888, j'ai étudié une autre diastase provenant d'un microbe pathogène, le *pneumobacillus liquefaciens bovis*, qui m'a permis de faire notablement progresser nos connaissances sur ces corps. Cette diastase, que j'ai extraite de la sérosité des animaux atteints de

péripneumonie aussi bien que des cultures du microbe producteur, possédait, en effet, un *pouvoir pathogène* des plus manifestes.

M. Christmas, suivant mon exemple, a précipité, des cultures du *staphyloccus pyogenes aureus*, une diastase dont il a démontré le pouvoir pyogène.

MM. Roux et Yersin ont extrait, par le même procédé, des cultures du bacille de la diphthérie, un principe toxique remarquable qu'ils rangent aussi dans la catégorie des diastases.

Ainsi que les ptomaïnes, les diastases sécrétées par les microbes diffèrent entre elles; bien plus, un même microbe peut sécréter plusieurs diastases.

Le *bacillus heminecrobiophilus* fabrique dans son bouillon de culture des substances diverses pouvant : digérer la fibrine; saccharifier l'amidon; intervertir le sucre candi; émulsionner les graisses.

Les diastases peuvent aussi provoquer des phénomènes généraux.

Avec les diastases précipitées du *pneumo-bacillus bovis* et des *bacillus heminecrobiophilus* j'ai produit sur des animaux des troubles respiratoires cardiaques, des troubles de l'innervation, de l'hyperthermie, de l'hypothermie, des vomissements, la mort.

M. Gamaléia attribue à une diastase les désordres intestinaux du choléra.

MM. Charrin et Guignard ont causé de la diarrhée, de l'amaigrissement, de la fièvre, de l'albuminurie, des hémorrhagies avec le précipité alcoolique des cultures du bacillus pyocyaneus.

MM. Rodet et Courmont ont fait une étude très intéressante du précipité alcoolique des cultures du staphylocoque pyogène, au point de vue de ses effets physiologiques généraux; je vous en parlerai un jour.

A l'étranger, l'attention s'est également portée sur les diastases microbiennes :

En 1889, M. Hankin, au laboratoire de Koch, a précipité des bouillons de culture par l'alcool ou le sulfure d'ammoniaque, une substance toxique pour les lapins et les cobayes et capable de vacciner ces animaux.

Brieger et Fraenkel, en faisant tomber goutte à goutte du bouillon de culture de la diphthérie dans l'alcool acidifié par l'acide acétique, ont isolé une substance amorphe, blanche, soluble dans l'eau. Ses réactions sont celles d'un dérivé de l'albumine.

Ces auteurs ont retiré des substances analogues des cultures du bacille typhique, du bacille du choléra, du staphylocoque pyogène, du *bacillus anthracis,* du bacille de la diphthérie, en se servant du même procédé.

Brieger et Fraenkel ont même créé une étiquette pour ces corps, ils les ont appelés des *toxalbumines;* M. Babès préfère le terme de *toxalbumoses.*

Les auteurs précédents subdivisent les toxalbumines en deux groupes, suivant qu'elles sont solubles ou non dans l'eau :

Les toxalbumines du charbon, de la diphthérie, du tétanos sont solubles dans l'eau.

Les toxalbumines du bacille typhique, du choléra, du staphylocoque pyogène sont peu ou pas solubles dans l'eau.

Faut-il distinguer les toxalbumines de ce que nous appelons diastases? Pour le moment, la réponse est difficile. On peut dire que les toxalbumines rentrent dans la classe des diastases, mais qu'elles ne se confondent peut-être pas totalement avec elles; peut-être en sont-elles des dérivés.

D'ailleurs, le précipité qu'on obtient en traitant un bouillon de culture par l'alcool est presque toujours divisible en deux parties : l'une soluble, l'autre insoluble dans l'eau.

Quoi qu'il en soit, les microbes sécrètent des principes toxiques, qui ne sont pas des ptomaïnes, qui sont des diastases bien caractérisées dans certains cas, s'en rapprochant seulement dans d'autres; et cette idée est toute française. Brieger lui-même a rectifié ses anciennes idées sur les ptomaïnes, tout au moins quant aux microbes de la fièvre typhoïde, de la diphthérie et du tétanos.

Les principes précipitables par l'alcool sont multiples et certainement délicats à conserver. Si nous comparons les expériences de MM. Roux et Yersin et celles de MM. Brieger et Fraenkel, sur les diastases de la diphthérie, nous voyons que les premiers tuent le cobaye avec 0 milligr. 2, tandis que les seconds ont besoin de 10 milligrammes.

Ajoutons enfin, pour bien établir la nature diastasique de certains produits solubles

microbiens, que l'action toxique du précipité alcoolique des cultures tétaniques se produit avec des doses infinitésimales (Vaillard et Vincent), ce qui confirme l'idée de Knud Faber, de Tessani et de Cattani.

Outre les ptomaïnes et les diastases, on trouve encore parmi les sécrétions microbiennes des *carbures d'hydrogène* possédant une odeur goudronneuse, d'une teinte plus ou moins rougeâtre lorsque les produits sont concentrés, quelquefois d'une couleur tout autre, et ces *corps volatils* divers, ammoniaques composées ayant une odeur variable sur l'action desquels M. Charrin a récemment appelé l'attention.

Il nous est facile de comprendre, par ce qui précède, combien sont complexes les manipulations chimiques indispensables à la séparation des différents produits solubles microbiens. L'ignorance où nous sommes de la plupart des propriétés de ces corps, leur grande variabilité, ajoutent encore aux difficultés.

D'une façon générale, pour résumer cette leçon, on trouve par les procédés connus, à l'heure actuelle, dans les cultures de microbes pathogènes :

1° *Des matières précipitables par l'alcool* que nous appelons : *diastases*.

Des matières précipitables par le réactif de Millon ou peptones.

Les diastases ou toxalbumines étant peu dialysables ;

2° *Des matières solubles dans l'alcool et dans l'éther* précipitables par l'acétate de plomb et le bichlorure de mercure, dialysables, peu altérables par la chaleur : *ptomaïnes ou alcaloïdes* ;

3° *Des principes volatils, des carbures colorants huileux, etc.*

Voici quels sont les procédés sommaires qu'on doit employer actuellement pour isoler les principaux groupes de sécrétions microbiennes.

1° Pour les diastases :

a) *Action de l'alcool absolu*. — On ajoute de l'alcool (deux ou trois volumes le plus souvent) jusqu'à ce que le liquide filtré ne précipite plus.

Filtration. — Reprise du précipité par l'eau simple ou par l'eau glycérinée ou l'entraîner dans un précipité de phosphate alcalin terreux et reprendre ensuite par l'eau.

b) Si on veut isoler les peptones, commencer par précipiter celles-ci avec le réactif de Millon. Traiter par l'alcool après filtration.

c) Si on veut obtenir spécialement les corps désignés par Brieger et Fraenkel sous le nom de toxalbumine, faire tomber le bouillon filtré goutte à goutte dans de l'alcool acidifié par l'acide acétique.

D'une façon générale, l'alcool pouvant précipiter les sels, on s'en débarrassera par la dialyse et les essais successifs par l'alcool et l'eau de chaux.

2° *Pour les ptomaïnes seules* ;

a) Agiter avec de l'éther (méthode de Stas et de Dragendorf); décanter et laisser évaporer l'éther. Epuiser le bouillon de la sorte à plusieurs reprises.

b) Brieger ajoute au bouillon de culture de l'acide chlorhydrique avec précautions. Celui-ci se combine avec des bases alcaloïdiques. Le mélange étant amené à consistance sirupeuse, on reprend les chlorhydrates par l'alcool absolu. Evaporation, solution dans l'eau.

c) Brieger a encore préconisé un troisième procédé. Le bouillon acidulé par acide chlorhydrique et alcoolisé est additionné de solution alcoolique de bichlorure de mercure. Le précipité abandonné pendant les vingt-quatre heures comprend les *combinaisons mercuriques* des albuminates et des ptomaïnes. On traite par une grande quantité d'eau bouillante qui dissout seulement les combinaisons mercuriques de ptomaïnes. Ultérieurement on concentre la solution.

3° *Pour obtenir les ptomaïnes, sels et carbures* : Evaporer le bouillon alcoolisé après la séparation du précipité des corps albuminoïdes. Dissoudre le résidu dans l'eau simple ou dans l'eau glycérinée à 50 p. 100. Il est impossible de séparer par la dialyse les ptomaïnes des sels ;

4° *Pour obtenir les principes solubles dans l'éther ou dans l'eau* : Evaporer le bouillon à siccité dans plusieurs vases. Traiter les échantillons par l'eau, l'alcool ou l'éther.

On peut certainement aller plus loin dans l'isolement chimique des produits solubles

microbiens, mais il faut alors se servir de procédés trop complexes pour que je vous les indique ici.

J'en aurai fini avec ces généralités après vous avoir appris que, si les propriétés pathogènes des microbes résident le plus souvent dans les diastases qu'ils sécrètent, elles peuvent quelquefois, au moins dans une de leurs particularités importantes, appartenir aux substances solubles dans l'alcool.

BIBLIOTHÈQUE

MANUEL DES MALADIES DES FEMMES, par A. LUTAUD. — Paris, Lecrosnier et Babé, 1891.

Cette réédition du livre de M. Lutaud peut être considérée comme un véritable Manuel de gynécologie opératoire. L'auteur s'est efforcé de donner une description de tous les procédés opératoires et d'en bien faire comprendre la pratique par l'addition d'un nombre considérable de figures. Le massage gynécologique, les procédés opératoires de Léopold et de Terrier pour la fixation de l'utérus, celui de Richelot pour le traitement des déviations utérines, celui de Lawson-Tait pour la périnéorrhaphie, les procédés de raccourcissement intra-utérin des ligaments ronds, etc., ont pu trouver place dans cette réédition. Les méthodes d'exploration et les moyens de diagnostic sont minutieusement décrits. Les traitements de l'ovaire ont été l'objet de tous les développements compatibles avec les dimensions d'un Manuel. — P. Ch.

REVUE DES JOURNAUX

Influence des alcalins sur la sécrétion biliaire, par le docteur W. NISSEN. (*Revue de thérapeutique*, 1891.) — Nissen a étudié l'influence des alcalins sur la sécrétion biliaire. Il a constaté que le bicarbonate de soude, le chlorure de sodium, le sulfate de soude, le sel de Carlsbad, le phosphate de soude, l'acétate de potasse et le sulfate de magnésie, administrés sous forme d'une solution diluée (0 gr. 5 à 1,5 p. 100), n'activent pas la sécrétion biliaire, que, sous forme d'une solution concentrée (3 à 6 p. 100), ces mêmes substances diminuent sensiblement cette sécrétion. Avec l'acétate de potasse, la diminution a été de 57 p. 100 dans le cours des douze premières heures qui ont suivi l'ingestion du sel, puis l'activité sécrétoire du foie est remontée rapidement à son niveau normal; les choses se sont passées d'une façon analogue avec les autres substances alcalines énumérées ci-dessus.

Elles se sont passées d'une façon beaucoup moins régulière pour ce qui concerne l'influence exercée par ces mêmes substances sur les matières colorantes biliaires. D'une façon générale, la proportion de matière colorante biliaire augmentait en même temps que la quantité de bile sécrétée diminuait. On peut donc dire que, sous l'influence des alcalins, la bile devient plus concentrée. La proportion des acides biliaires ne paraît pas être influencée par les alcalins. Quant à l'influence exercée sur les matières grasses en suspension dans la bile, elle a été extrêmement variable.

Pour expliquer les modifications imprimées à la sécrétion biliaire par les alcalins, l'auteur admet que ces agents médicamenteux, après leur absorption, soustraient de l'eau à tous les organes, et notamment au foie. L'auteur a constaté, d'autre part, qu'en faisant ingérer à un animal de la bile ou des sels alcalins formés par les acides biliaires, on active sensiblement la sécrétion biliaire et l'élimination des acides biliaires. Ce sont ces acides biliaires qui, seuls, sont responsables de ce résultat.

Pour expliquer l'action salutaire de ces alcalins dans les cas d'ictère catarrhal, l'auteur invoque précisément l'action déshydratante de ces substances médicamenteuses; les alcalins diminuent l'élimination d'eau qui se fait par le foie; ils diminuent, par conséquent, la pression qui règne dans les canaux biliaires; par suite, la résorption de la bile devient moins active dans ces canalicules; D'autre part, ces alcalins exercent une influence

salutaire sur le catarrhe des voies biliaires, qui engendre l'ictère catarrhal. La bile, devenue plus alcaline, est aussi moins visqueuse. chemine plus facilement dans les canaux biliaires. On s'explique ainsi l'influence salutaire des alcalins dans les affections des voies biliaires.

En se basant sur les résultats de ces expériences, l'auteur préconise l'association de l'acétate de soude aux eaux alcalines, telles que l'eau de Carlsbad, l'eau de Vichy dans le traitement de l'ictère catarrhal. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 septembre 1891. — Présidence de M. Regnauld.

Diabète pancréatique. — M. Lancereaux présente, au nom de M. Thiroloix, un chien qui a été rendu diabétique par l'ablation du pancréas.

Dans une première opération, on enleva la portion verticale de la glande, et il y eut azoturie et dénutrition; puis l'animal se rétablit.

L'ablation presque totale faite ensuite produisit la symptomatologie du diabète maigre. La glycosurie a été intermittente, elle a été sans cesse en progressant.

Pour M. Lancereaux, la destruction totale sur place du pancréas n'entraîne pas le diabète qui survient quand on fait l'ablation de la glande normale ou supprimée fonctionnellement.

Pour M. G. Sée, il est évident qu'il y a un diabète pancréatique, mais tous les diabètes maigres ne sont pas pancréatiques. D'après les expériences de Hédon, l'absence du suc pancréatique ne produit pas le diabète maigre; l'insuffisance de la fonction ne suffit pas, il faut la destruction de l'organe. L'auteur rappelle la communication qu'il a faite relativement au diabète expérimental causé par la phlorydzine. Il a alors étudié les médicaments antidiabétiques; le meilleur est l'antipyrine à la dose de 4 grammes par jour pendant huit à dix jours.

M. Lancereaux distingue un diabète gras ou constitutionnel, un diabète pancréatique et un diabète nerveux ou traumatique. Il faut démembrer le diabète qui comprend des affections bien distinctes.

M. Ollivier admet une forme héréditaire du diabète. Aux diabètes traumatiques pourraient se rattacher ceux qui dépendent de vives émotions morales.

Pour M. Semmola, glycosurie et diabète ne sont pas la même chose; la glycosurie n'est qu'un des symptômes du diabète et peut se montrer en dehors de lui. M. Boccardi a montré qu'à la suite de la suppression du pancréas il y avait des altérations nerveuses remontant jusqu'aux centres.

Quand on est glycosurique, dit M. G. Sée, on est diabétique. La cause première du diabète gras, héréditaire, est mal connue et, en réalité, on ne sait pas ce que c'est que l'arthritisme.

M. Lancereaux ne regarde pas le diabète héréditaire comme un type spécial. On ne peut distinguer la glycosurie du diabète, car très souvent des individus qui ont d'abord une glycosurie intermittente deviennent des diabétiques. Peut-être, et cela confirmerait les recherches de M. Boccardi, le diabète pancréatique n'est-il qu'un diabète nerveux.

Occlusion intestinale. — M. Semmola lit l'observation d'un malade chez lequel il a pu guérir une occlusion intestinale avec paralysie vésicale succédant à une typhlite par les courants continus. Il ne laissa pas faire la laparotomie, pensant qu'il y avait seulement défaut d'innervation. En effet, les phénomènes avaient débuté brusquement, la douleur revêtait la forme paroxystique et le ventre n'était pas douloureux entre les crises, la saillie des anses intestinales changeait de place à chaque crise, il n'y avait pas de paralysie vésicale, enfin l'obstruction s'était développée après une purgation et de la diarrhée,

Les courants continus (un pôle dansle rectum et l'autre sur le ventre) amenèrent d'abord la cessation de la polyurie, puis, trois jours après, une débâcle.

Une épidémie de typhus exanthématique. — M. Thoinot a observé cette épidémie dans l'île Tudy; 84 personnes ont été atteintes et il y a eu 16 morts. Voici les conclusions de M. Thoinot :

« L'eau ne joue aucun rôle comme véhicule du germe.

L'air ne semble pas plus actif que l'eau ; l'air ne diffuse par le germe typhique, même dans un rayon très limité. Les maisons frappées le plus sévèrement n'ont été d'aucun danger pour les maisons les plus voisines, à l'expresse condition qu'il n'y ait aucun rapport entre les habitants des secondes et les malades des premières.

Le contact direct, l'approche du malade, telle a été à Tudy la condition univoque de la transmission. Nous avons pu établir la filiation directe de l'immense majorité des cas, et nous rapporterons ce fait capital : des 82 malades indigènes, 42 étaient membres d'une seule et même famille, la famille de la première malade. Les foyers de maison, de famille, indice du danger du contact direct, ont été nombreux et remarquables.

Le germe du typhus nous semble contenu dans les excreta cutanés du malade, et l'éruption joue probablement un rôle majeur en l'espèce. Il faut entrer en contact avec le malade pour être atteint. Quant aux voies par lesquelles le germe pénètre dans l'organisme sain — les voies d'inoculation — nous n'osons émettre une hypothèse.

Comment est venu le typhus à l'île Tudy ? Nous n'avons pas pu découvrir le mode d'importation, et nous avons soigneusement recherché sans succès l'importation anglaise. Il nous semble que le typhus de l'île Tudy n'est qu'un épisode, qu'un trait de plus marquant la réalité du fait établi par R. Gestin sur les bases les plus solides : « le typhus est endémique en Bretagne ». L'endémie de typhus en cette partie de la France est attestée par les faits épidémiques successifs de Riantec, Roussan, l'île de Molène, l'île Tudy et par l'existence de foyers permanents dans la plupart des cantons.

Nous avons combattu le typhus par une double méthode : traitement de chaque cas en particulier, application de mesures sanitaires énergiques.

Nous dirons quelques mots du traitement curatif : il s'est borné à combattre les symptômes principaux et à l'antisepsie de la surface cutanée par une lotion générale au sublimé à très faible dose, faite chaque matin à tous les malades.

Le traitement prophylactique a été le suivant : isolement absolu des malades qui, dès notre arrivée, ont été installés dans des ambulances temporaires. Nous n'avons pas laissé un seul malade à domicile, de peur qu'il n'y fit foyer.

Les hardes, les linges des malades ont été désinfectés par l'immersion dans la solution de sublimé à 1 p. 1000; les matelas vidés, le contenu en était brûlé et les toiles passaient à la solution désinfectante.

Chaque maison, chaque chambre de malade a reçu une pulvérisation prolongée de la solution désinfectante...

De quelques nouvelles médications.

L'ÉPHÉDRA VULGARIS CONTRE LE RHUMATISME. (*Revue de thérapeutique.*)

L'éphédra vulgaris est une plante de la famille des gnétacées, qui est très répandue en Russie et qui jouit auprès des paysans russes d'une grande réputation contre les affections rhumatismales et syphilitiques. Le docteur P. Betchine (de Saint-Pétersbourg) vient de l'expérimenter dans un certain nombre de cas de rhumatisme aigu et chronique.

Le remède est employé sous forme d'une décoction de 4 grammes de tige et de racine pulvérisées dans 20 grammes d'eau, à la dose d'une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

Le docteur Betchine déclare avoir obtenu dans ce traitement d'excellents résultats et considère l'éphédra comme un des meilleurs médicaments dans les affections rhumatismales. Le médicament développe surtout ses effets thérapeutiques dans les cas de

rhumatisme aigu et musculaire. Dès le second jour, les douleurs se calment, la fièvre diminue, la respiration et le pouls sont moins fréquents.

Au bout de quelques jours, la température redevient normale, la tuméfaction des jointures disparaît complètement, et le malade peut être considéré comme guéri au bout de huit à dix jours. La péricardite, lorsqu'elle existe, disparaît avec les autres manifestations du rhumatisme.

L'éphédra donne des résultats moins favorables dans les affections rhumatismales chroniques. Si l'on observe parfois des guérisons, les améliorations ne sont le plus souvent que passagères. Ce remède a l'avantage de combattre la constipation, d'exciter la diurèse, exerçant ainsi une action favorable dans le rhumatisme aigu.

L'éphédra vulgaris renferme un alcaloïde, l'éphédrine, isolée par le professeur Nagai de Tokio). Cette substance, injectée aux chiens et aux chats à la dose de 20 centigrammes, produit chez ces animaux une excitation violente avec convulsions généralisées, exophthalmie et mydriase. L'éphédrine est un mydriatique. — P. N.

FORMULAIRE

Sirop contre la bronchite syphilitique. — De Moura.

Bi-iodure de mercure............	0 gr. 10 centigr.
Iodure de potassium	10 grammes.
Arséniate de soude............	0 gr. 05 centigr.
Sirop de baume de tolu..........	300 grammes.

F. s. a. un sirop, que l'on prescrit à la dose d'une à deux cuillerées à dessert par jour, dans la bronchite d'origine syphilitique. — N. G.

COURRIER

M. Powilewicz, médecin en chef de la Maternité du Havre, est chargé d'une mission en Angleterre, à l'effet d'étudier l'organisation et le fonctionnement des services de gynécologie et d'accouchement des hôpitaux de Londres.

Poste médical. — On demande un docteur en médecine pour la commune de Villeneuve-Loubet (Alpes-Maritimes). Voisinage du chemin de fer et de la mer. Une donation assure 1,000 francs par an au médecin qui accepterait. — S'adresser au maire.

Il semble que, dans cette région encombrée de médecins, une commune située à deux pas de la mer et à vingt minutes de deux gares devrait en être pourvue. S'il n'en est pas ainsi, c'est qu'on la croit suffisamment desservie par les médecins de Cannes et d'Antibes. Outre le bien qu'il ferait, un médecin trouverait de sérieux avantages à accepter cette situation. C'est pour appeler l'attention sur elle qu'un propriétaire des environs de Villeneuve a institué la rente dont nous venons de parler.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Le traitement diététique du diabète sucré.

Le diabète sucré est un syndrome constitué par de la glycosurie à laquelle se joignent, à des degrés divers, de la polyurie, de la polyphagie et de la polydipsie; il n'y a pas un diabète sucré, mais des diabètes sucrés qui reconnaissent des pathogénies différentes.

Ce n'est pas ici le lieu d'exposer les si nombreuses théories du syndrome que l'on trouvera résumées d'une façon claire et précise dans le chapitre *Diabète sucré* que M. le docteur Le Gendre vient de publier dans le *Traité de médecine.* Cependant, la diététique ayant sa base dans la pathogénie, nous dirons quelques mots des théories qui nous semblent répondre le mieux aux faits cliniques habituels.

I

Parmi les formes de diabète, il en est deux qui s'individualisent très facilement. Dans l'une, sur laquelle le régime a la plus grande action, le malade, souvent obèse, peut vivre pendant de longues années dans un état de santé relativement satisfaisant; dans l'autre, au contraire, que les prescriptions diététiques les plus sévères ne peuvent guère modifier que d'une façon passagère, l'amaigrissement est considérable, et la terminaison fatale survient en général assez rapidement. Etant données ces dissemblances cliniques, étant donné, de plus, que la forme légère ne se transforme que très rarement en la forme grave, on est conduit à chercher une pathogénie différente aux deux formes.

C'est ce qu'a admis Seegen. Les expériences de Langendorf, celles de Luchsinger rendent probable que le foie ne peut, dans la forme légère, faire subir aux hydrates de carbone alimentaires leurs transformations normales. Dans cette forme *hépatogène* du diabète, il y aurait inhibition de l'activité fonctionnelle des cellules hépatiques qui ont pour rôle de former du glycogène. Les recherches récentes de Glénard, qui a constaté l'hypertrophie partielle du foie chez beaucoup de diabétiques, viendraient à l'appui de cette manière de voir en rendant tangible, dans une certaine mesure, l'altération hépatique, inconnue dans son essence.

Cependant, et il y a longtemps qu'on l'a noté, les diabètes légers sont des diabètes gras. Or, ces diabètes, qui coïncident avec l'obésité, la goutte, la gravelle et qui sont héréditaires, sont essentiellement dus, pour M. Bouchard, à un défaut de consommation du sucre par les éléments anatomiques. « La condition préalable est un trouble nutritif d'origine nerveuse ou de

toute autre origine, quelquefois acquis, le plus souvent congénital. Ce trouble consiste essentiellement en un ralentissement de la nutrition; il peut rendre plus longue ou plus incomplète la transformation intra-organique des sucres; d'où le diabète, ses troubles nutritifs secondaires et enfin les désordres graves par modification de la constitution chimique des cellules.

M. Bouchard ne fait donc pas de distinction entre les deux formes, tandis que Seegen regarde la perte par les cellules de la faculté de détruire le sucre du sang comme caractéristique de la forme grave. Le sucre provenant du foie ne se détruit plus dans l'organisme; les forces de tension qu'il recèle ne se trouvent plus transformées en force vive, et il y a abaissement de la calorification et impossibilité de travail mécanique. Le diabète est alors une maladie générale.

Cependant, M. Lancereaux, qui a tant insisté sur la séparation des deux formes principales du diabète, a montré que le diabète grave coïncidait souvent avec une lésion du pancréas. Actuellement, le diabète pancréatique est admis par tout le monde et a reçu le plus grand appui des expériences de Mering et Minkowski, Lépine, Hédon, Thiroloix, etc. Bien qu'il y ait encore quelques constatations contradictoires (De Dominicis, Rémond) et bien que le mécanisme du diabète pancréatique soit loin d'être élucidé, il est certain que c'est un diabète maigre, et, par conséquent, un diabète grave.

Ne pourrait-on pas essayer de concilier ces différentes théories qui répondent à des faits cliniques parfaitement nets de la manière suivante ?

La forme commune légère du diabète gras se rencontre de préférence chez les arthritiques, chez les individus dont la nutrition est ralentie et qui présentent dans leurs antécédents personnels et héréditaires les maladies caractéristiques du ralentissement de la nutrition; ce diabète reconnaît pour cause une lésion du foie que l'on peut d'autant mieux admettre que les altérations hépatiques sont très communes dans le groupe des maladies ci-dessus, goutte, obésité, etc. (Bouchard) et que Glénard a montré la fréquence du gros foie dans le diabète.

La forme commune grave du diabète résulte : soit d'une altération générale de l'organisme, altération que l'étiologie permettrait souvent de rattacher à un trouble primitif du système nerveux; soit d'une lésion profonde du pancréas qui peut être d'origine alcoolique (Hayem) ou en théorie des lésions nerveuses (Boccardi).

Lorsque la forme légère se transforme en la forme grave, ce qui, nous le répétons, est rare, c'est généralement lorsque le régime convenable n'a pas été suivi. L'imprégnation des éléments anatomiques par le sucre finirait alors à la longue par les altérer gravement ou bien la glycose agirait sur le système nerveux pour en troubler le fonctionnement.

II

Quelle que soit la ou les théories que l'on admette, il est certain que le traitement diététique de la maladie doit toujours remplir les mêmes indications.

Ces indications fondamentales sont :

1° La réduction au minimum des substances saccharigènes.

2° La substitution aux aliments hydrocarbonés d'aliments le moins nuisibles possible.

3° La prescription de toutes les pratiques pouvant accélérer la combustion du glycose formé.

Enfin, et c'est encore là un point fondamental, en même temps que le sucre disparaît de l'urine, il ne faut pas que le malade maigrisse ou du moins cet amaigrissement ne doit se montrer qu'au début de la cure, et il est nécessaire que l'équilibre physiologique s'établisse rapidement.

On remplit la première indication, suppression des substances saccharigènes, en retranchant de l'alimentation les fécules et les sucres. L'alimentation est alors, au moins pendant quelque temps, exclusivement ou presque exclusivement carnée.

En réalité, il se forme du sucre même aux dépens de la viande; mais il semble que ce sucre soit assez facilement brûlé, tandis que celui qui se produit à la suite de l'ingestion d'une quantité minime d'amidon apparaît immédiatement dans l'urine.

Frerichs, G. Sée, Naunyn (1) considèrent le régime carné graisseux systématique comme suffisant pour permettre une grande réduction ou même la radiation (presque complète, dit G. Sée) de l'alimentation amylacée ou sucrée.

Tandis qu'Ewald, A. Hoffmann, de Mering soutiennent qu'il est impossible de faire tolérer le régime carné plus d'un mois, G. Sée, s'appuyant sur les faits qu'il a observés, prescrit ce régime pendant des mois et même des années et toujours avec les mêmes effets favorables. Il est vrai qu'il ne s'agit pas du régime de Cantani qui, ainsi que nous le verrons plus loin, est exclusivement carné, mais qu'il est accordé aux malades une petite quantité de pain ou de féculents.

Auerbach a constaté que la diète carnée diminuait l'alcalinité des humeurs; pour Ebstein, elle entraînerait la nécrose de l'épithéliome rénal, suivie elle-même de l'acétonémie; enfin, cette acétonémie, d'après Bond, Caplick, etc., pourrait dépendre directement du régime. Naunyn le reconnaît, et, dans les formes graves, il a souvent constaté qu'il est impossible de donner aux malades les grandes rations de viande qui leur seraient nécessaires pour conserver leur équilibre organique, car alors le coma survient. Il est certain, d'autre part, que, s'il y a azoturie, elle sera augmentée et qu'il en sera de même de la gravelle urique, si fréquente dans le diabète.

Sawyer, chez des sujets sains mangeant beaucoup de viande, a observé des symptômes rappelant ceux de l'empoisonnement par les ptomaïnes ou les leucomaïnes : maux de tête, abattement, diminution de la quantité d'urine avec augmentation de l'urée, œdème localisé ou étendu.

Très souvent les malades sont pris de troubles gastro-intestinaux qui tiennent surtout à ce qu'ils mangent trop; ces troubles les affaiblissent beaucoup, et, de plus, ils ont bientôt une répugnance invincible qui les empêche de continuer le régime carné. Cantani reconnaît, du reste, que l'on est quelquefois forcé de donner un peu de légumes, du vin de Bordeaux; mais il n'a été contraint d'interrompre le régime qu'une seule fois.

Enfin, il n'est pas prouvé que la diète carnée ait tous les avantages qu'on lui a attribués, et il semble que, si les diabètes légers peuvent guérir par son usage, dans le diabète maigre le régime est souvent mal supporté. Pour Seegen, l'alimentation carnée exclusive est incapable de faire cesser la

(1) Naunyn : *Diététique du diabète sucré*. (*Union médicale*, 1890, I, p. 577.)

glycosurie dans la forme grave, puisque c'est aux dépens de la graisse et des albumines que le foie forme le sucre que l'organisme ne conserve plus; l'exclusion des hydrates de carbone empêche simplement l'élimination du sucre alimentaire, et malgré le régime, qui est peu efficace, les malades succomberaient rapidement. Naunyn reconnaît aussi que, dans les formes les plus graves, le régime carné n'arrive souvent pas à faire cesser la glycosurie et que les cas de ce genre aboutissent presque toujours au coma diabétique.

On a dit encore (Ewald, Lecorché) que la diète carnée n'avait pour effet que de faire disparaître un symptôme. Mais, comme le fait remarquer le professeur G. Sée, si ce symptôme tient sous sa dépendance tous les autres phénomènes de la maladie; si la soif, la polyphagie, l'affaiblissement disparaissent en même temps que lui, on doit être heureux de pouvoir le traiter avec succès.

Enfin, il faut bien savoir que les enfants supportent mal la diète carnée.

III

On ne peut suppléer à l'absence des hydrocarbonés qu'en prescrivant une grande quantité de graisses; on pare ainsi aux déperditions de carbone. Le foie est bien capable de faire du sucre avec de la graisse (Seegen) (1); mais la formation de glycogène s'abaisse à son minimum; de plus, dans la forme légère du diabète, le sucre hépatique ne passe pas dans l'urine, mais seulement le sucre alimentaire. Dans les cas graves, si l'on admet la théorie de Seegen, c'est le sucre formé dans le foie qui s'élimine; alors, la graisse a encore de l'utilité pour remplacer les hydrocarbonés, car, avec elle, il ne circule pas dans le sang de sucre alimentaire et la quantité de glycose que renferme ce liquide est ainsi réduite au minimum possible.

Pour le professeur G. Sée, la dose physiologique de graisse est de 70 à 80 grammes, quantité qu'il faudrait doubler dans l'état diabétique; or, 100 grammes de graisse sont l'équivalent de 240 grammes de matière amylacée, au point de vue de la production de la chaleur et des forces; avec 160 grammes de graisse, on arriverait donc à peu près à remplacer les 500 grammes d'hydrocarbures de la ration physiologique; Bouchardat indiquait 150 à 200 grammes de corps gras en vingt-quatre heures.

Les graisses ont encore d'autres avantages : elles s'opposent à la destruction des substances albuminoïdes et empêchent la constipation.

Les aliments gras conseillés le plus habituellement aux diabétiques sont : la graisse de porc (Rollo), la graisse de la viande, le foie gras, la graisse d'oie, les poissons à l'huile, les amandes, le beurre, la crème bien pure. L'huile de foie de morue serait excellente; malheureusement, il faut toujours se défier de l'intolérance, tout trouble gastro-intestinal devant être évité avec le plus grand soin chez le diabétique.

IV

Tous les sucres doivent naturellement être défendus. Il n'y aurait peut-

(1) On sait que les expériences de Seegen ont à peu près démontré que le glycogène du foie *ne se transforme pas en sucre*, mais sert en partie à la formation de la graisse; une autre partie va probablement dans les muscles et contribue là au développement de l'énergie. Comme, d'autre part, le muscle maintenu en vie et le sang constamment artérialisé sont capables de transformer le glycogène en sucre, il y a intérêt à restreindre la formation du premier.

être d'exception que pour la levulose qui existe dans le miel et dans certains fruits, et qui pourrait être assimilée.

Cependant, très souvent, les malades recherchent la saveur sucrée, et deux corps ont surtout été employés pour suppléer à l'absence des sucres : la glycérine et la saccharine.

La glycérine a été employée pour la première fois dans le diabète par Bouchardat. Elle fut surtout vantée par Schultzen (de Dorpat), qui croyait qu'elle ne pouvait se transformer en glycogène et pensait fournir à l'organisme un aliment respiratoire. Il annonça qu'en donnant aux diabétiques la glycérine en même temps qu'on les soumettait à la diète carnée, le sucre et l'urée diminuaient; il aurait même guéri des cas légers. Or, Van Deen a montré que la glycérine injectée dans l'intestin augmente le glycogène du foie, et les expériences de Seegen ont montré qu'elle prend part à la formation des sucres. Elle serait donc contre-indiquée. D'autre part, en dehors de Garnier, qui a confirmé les résultats de Schultzen, de Jacobs et de Harnock, qui accordent à la glycérine le pouvoir de diminuer la soif et l'azoturie, beaucoup de médecins (Senator, Kulz, Cantani, Paolucci) la regardent comme inutile ou même dangereuse; il est vrai que Cantani donnait des doses excessives. Bouchardat pense que la glycérine peut, dans le diabète maigre, combattre la constipation, et c'est aussi l'avis de Catillon. Pour Lecorché, on peut la prescrire à doses modérées, trois à quatre cuillerées à soupe par jour; ainsi employée, elle entretiendrait le ventre libre, diminuerait l'intensité de la glycosurie et empêcherait le dépérissement. Ce qu'il y a de plus net, c'est que la glycérine est un des éléments avec lesquels le foie forme du sucre; on doit donc, à notre avis, l'interdire complètement.

La saccharine, qui n'est pas un aliment et traverse inaltérée l'organisme, a un pouvoir sucrant 280 fois plus grand que celui du sucre. Stutzer, Leyden et tant d'autres l'ont prescrite dans le diabète. En France, on tend à en restreindre l'emploi, car elle provoque des troubles gastro-intestinaux et des douleurs stomacales (Worms, Stadelmann); en effet, elle arrête les fermentations digestives. Il ne faudra pas dépasser la dose de 0,10 par jour (en pastilles composées de saccharine et de bicarbonate de soude) et interrompre souvent.

(*A suivre.*) Paul CHÉRON.

REVUE DES CLINIQUES

Sur un cas de pyélite, par M. le docteur RENDU (1). — Messieurs, vous venez de voir un robuste garçon de 29 ans, alcoolique, qui n'offre, comme antécédents pathologiques, que des fièvres intermittentes légères contractées au Tonkin et une hématurie.

Les troubles dont il se plaint remontent à dix-huit mois. C'est, en effet, vers le commencement de janvier 1890, que le malade ressentit pour la première fois des douleurs, sourdes d'abord et, plus tard, d'une violence croissante, qui avaient pour siège la région lombaire gauche, suivant exactement le trajet de l'uretère, depuis le rein, en arrière, jusqu'à l'arcade de Fallope. Ces accès sont accompagnés d'anurie, de rétraction du testicule, de nausées et même de vomissements. Ils cessent après vingt-quatre ou trente-six heures de maladie et la fin en est marquée par un nouveau paroxysme.

La maladie, longtemps stationnaire, s'aggrava seulement à partir de juin dernier; les

(1) Résum d'après les *Annales de médecine.*

crises devinrent plus fréquentes, leur intensité s'accrut; aujourd'hui, elles laissent des traces sous forme de troubles fonctionnels qui ne disparaissent qu'au bout de quelque temps. Il est à noter que jamais ce malade n'a éliminé le moindre gravier pendant la crise ni à la suite de ses accès, ce qui est la règle chez les véritables graveleux. Les douleurs semblent irradier dans les régions environnantes.

Nous constatons, pendant et après la crise, des signes physiques importants; à l'entrée du malade à l'hôpital, la pression provoquait une douleur contusive de la région rénale et, de plus, une sensation pénible sur le trajet de l'uretère; par la palpation et par la manœuvre du ballottement, on trouve le rein distendu Maintenant que la crise a disparu depuis quelque temps, nous ne trouvons plus ni douleur, ni cette espèce de boudin s'étendant depuis le rein jusqu'à une distance de 8 à 10 centimètres le long de l'uretère, et qui était évidemmeut constitué par l'extrémité supérieure de l'uretère et par le bassinet. Les vomissements sont abondants (plus de trois litres dimanche dernier), beaucoup plus considérables que les vomissements des graveleux; enfin, on constate en même temps des manifestations fébriles. Ces signes nous font soupçonner que le malade n'est pas atteint exclusivement de coliques néphrétiques, comme on pourrait le croire, et l'examen de l'urine confirme cette opinion. En effet, au commencement de l'affection, les urines étaient abondantes, pâles et claires comme celles des graveleux; mais maintenant elles contiennent une matière glaireuse, purulente, et le malade rend quelquefois du pus presque pur et non pas seulement une urine en fermentation. Remarquons en passant que ces urines purulentes, généralement alcalines, sont faiblement acides chez notre sujet, car le rein droit, continuant à bien fonctionner, suffit pour entretenir l'acidité.

J'insiste à dessein, Messieurs, sur cette purulence intermittente de l'urine, qui cesse complètement dans l'intervalle des crises, parce qu'elle nous conduit au diagnostic. En effet, elle écarte l'idée d'une colique calculeuse simple, car nous trouverions des graviers et non du pus. Il est logique de rattacher la présence du pus soit à une cystite, soit à une pyélite. Mais, dans la cystite, l'urine se mélange au pus sécrété par la vessie elle-même; elle possède une forte odeur ammoniacale, les besoins d'uriner sont fréquents et douloureux, ce qui n'existe pas ici. Nous sommes donc amenés à diagnostiquer une pyélite, affection qui a précisément pour symptôme prédominant cette sécrétion intermittente de pus.

Voici comment se passent les choses : Le bassinet se remplit de pus, se distend, d'où la douleur avec contraction de l'uretère : c'est la colique qui est suivie d'une décharge purulente très abondante. Souvent il s'y joint de la fièvre, parce que le pus est phlogogène et que toute production septique entraîne une réaction de la part de l'organisme.

Mais il ne suffit pas de conclure à une pyélite, nous devons chercher la cause de cette maladie. Vous savez, en effet, que les pyélites ont été divisées en : pyélites ascendantes qui sont d'origine vésicale ou uréthrale; pyélites constitutionnelles ou organiques d'origine tuberculeuse ou prostatique ; pyélites calculeuses qui proviennent de l'oblitération de l'uretère par un calcul dont la présence provoque ou entretient la suppuration. Ce qu'il ne faut jamais oublier, c'est que, dans la pyélite, il y a toujours infection par un micro-organisme. De toutes les causes qui produisent la pyélite, la blennorrhagie est la plus fréquente, mais ce n'est pas la seule. Le chirurgien peut quelquefois, dans un cathétérisme, infecter lui-même le malade par des sondes ou par des bougies; enfin, la cystite ou l'épydidimite tuberculeuses produisent assez souvent la pyélite.

Voilà ce que nous dit la théorie, appliquons là à notre sujet. Nous devons d'abord rechercher, par l'examen du malade, quels sont les organes qui sont susceptibles d'avoir amené l'affection actuelle.

Du côté de la vessie, nous ne trouvons rien, ce n'est donc pas de ce côté qu'il faut chercher l'origine de la maladie. Le cœur, si souvent altéré dans les affections rénales, est indemne : on n'entend ni bruit de galop ni accentuation du deuxième bruit aortique. Le pouls est régulier, normal, sans dureté insolite. Il en est de même du foie et de la rate.

Le tube digestif est intact, le malade mange et digère bien. Les poumons nous ont paru sains; cependant le malade nous a signalé qu'à la suite d'un accès, il avait eu des

quintes de toux avec crachats semblables à ceux des tuberculeux; ce fait a attiré notre attention, car vous savez que la tuberculose se rencontre fréquemment dans l'étiologie de la pyélite. Toutefois, l'expectoration a cessé, l'examen microscopique des crachats faits par M. Boulloche, mon interne, ne nous a pas montré de baccilles; on ne trouvait aucun signe stéthoscopique, nous pouvons donc conclure qu'il n'y a pas de tuberculose et que les symptômes suspects bronchiques étaient purement accidentels?

Chez ce garçon d'une constitution vigoureuse, la première supposition qui nous est venue à l'esprit est que l'affection était d'origine blennorrhagique, mais le malade, qui nous paraît de bonne foi, nous déclare n'avoir jamais eu de blennorrhagie.

S'agit-il d'une pyélite tuberculeuse? La marche de la maladie s'accorde assez avec ce diagnostic; cependant, le pus est bien abondant pour une pyélite de cette sorte; de plus, en général, il y a en même temps de la cystite tuberculeuse; ici, au contraire, l'état général est bon. Enfin, comme nous le disions tout à l'heure, malgré un examen minutieux, nous n'avons pu trouver de bacilles ni dans les crachats, ni dans le pus de l'urine de notre malade.

Nous nous tournons alors vers l'hypothèse d'une pyélite calculeuse, hypothèse appuyée par l'antécédent de l'hématurie, qui est bien plus vraisemblablement expliquée par un calcul du rein que par une simple marche forcée, comme le dit notre malade. Le début très brusque des crises et l'intermittence de la pyurie combattent en faveur de cette opinion et s'expliqueraient alors par la chute d'un calcul dans l'uretère qu'il bouche jusqu'à ce que la grande quantité de sécrétion force le passage, d'où les douleurs et la débâcle que l'on observe pendant la crise. L'apparition du pus, au 1er janvier 1890 seulement, ne serait pas une objection de grande valeur, car cette suppuration aurait pu exister inaperçue auparavant. Mais on doit bien reconnaître qu'il serait extraordinaire que, depuis sept ans, un calcul n'ait pas entraîné de nouvelles hématuries ou des émissions de gravier. De plus, l'intermittence de la pyurie n'est pas pathognomonique des pyélites calculeuses; en effet, on a observé des pyélites ascendantes dont l'émission purulente était intermittente : c'est qu'il se produit alors des rétrécissements et des valvules à certains endroits de l'uretère; ajoutez à cela que les parois de ce canal étant contractiles peuvent produire des contractions spasmodiques au moment de la crise. Enfin, le malade n'a pas d'antécédents rhumatismaux héréditaires ou personnels.

Pour toutes ces raisons, je ne pense pas que nous soyons en présence d'une pyélite calculeuse.

J'admets que ce garçon a une pyélite et un calcul, mais je suis porté à croire qu'il y a une pyélite primitive avec un calcul secondaire, comme dans un cas signalé par Meckel où il y a un véritable catarrhe lithogène du bassinet et où la lithiase urinaire est l'effet de la pyélite au lieu d'en être la cause. Nous devons remarquer, à ce propos, que, dans la moitié des cas de lithiase urinaire, nous trouvons non point des calculs uriques primitifs, mais des calculs phosphatiques qui se sont formés secondairement par le dépôt de phosphates autour d'un noyau muqueux. Ordinairement, dans les cas semblables, le rein se congestionne de temps en temps; à la néphrite produite se joint une augmentation de la secrétion urinaire. Notre malade n'en est pas encore à ce degré de l'affection. Mais la dilatation du rein qui subsiste quelques temps après la crise pourrait aboutir à la pyonéphrose. Il y a déjà dilatation du bassinet et du calice; c'est la première étape dans les lésions rénales. La vessie, chez notre malade, est certainement saine; je crois que le rein droit l'est également, toutes les crises ayant eu lieu à gauche sans aucune douleur à droite.

Pour le moment, je puis dire que notre sujet ne court aucun danger, car un malade peut vivre de longues années avec un seul rein; mais la pyélite est une maladie éminemment progressive, et le pus et les produits septiques peuvent, à un moment donné, infecter le malade.

Si les lésions restaient cantonnées à gauche, nous ne devrions pas désespérer, j'en ai eu des exemples, mais, en réalité, une terminaison favorable est rare.

Nous tenons notre diagnostic, nous pouvons instituer le traitement. Pour tarir la source du pus et le catarrhe de l'uretère, commençons à faire de l'antisepsie médicale uretérienne. La vessie n'étant pas atteinte, le lavage à l'eau boriquée est inutile. Quant à

l'antisepsie médicale urinaire, nous n'emploierons pas les balsamiques, eucalyptol, myrtol ou térébenthine, qui, bien que très efficaces, altèrent les fonctions digestives, de même que les benzoates ou le salycilate de soude; nous préférons le borate de soude qu'on peut administer à haute dose. Pour combattre l'élément inflammatoire, nous ne nous en tiendrons pas aux révulsifs faibles, nous prescrirons les pointes de feu, les ventouses sèches ou scarifiées, les fomentations chaudes sur la région malade. Il est très important de garantir le côté attaqué avec de la flanelle, de l'ouate, car les changements de température ont une influence très grande sur la production du pus. Il est indispensable que le malade suive en même temps un régime alimentaire; nous devons proscrire la bière qui est un violent irritant dans toutes les maladies des voies urinaires, la tomate, l'oseille et tous les irritants en général. Nous pouvons permettre l'eau rougie, le lait, etc. Le régime lacté n'est pas indiqué quand il n'y a pas de néphrite.

Lorsque les malades dépérissent, en proie à la fièvre hectique, se pose la grosse question de l'intervention chirurgicale. Pour moi, quand on a reconnu que l'autre rein est absolument sain, je pense qu'on ne doit pas hésiter à pratiquer l'ablation du rein où tout au moins la néphrotomie.

REVUE DES JOURNAUX

La térébenthine comme bactéricide et antiseptique, par M. Scheppegrell (*Annuaire de thérapeutique*). — L'insolubilité de l'essence de térébenthine dans l'eau et ses propriétés irritantes ont, à juste titre, fait rejeter l'usage de cette essence. Toutefois, l'auteur la propose pour la désinfection des instruments de chirurgie, des bandages, des gazes, etc. Il suffit de placer de la térébenthine au fond d'un vase plat, large. Les vapeurs qui se dégagent lentement imprègnent les objets qu'on renferme dans ce vase, sans toucher le liquide, et il suffit, par exemple, de laisser pendant la nuit les instruments destinés à une opération pour qu'ils soient complètement stérilisés.

On les essuie avec un linge stérilisé. Quant à l'odeur de la térébenthine, on peut l'enlever avec de l'éther.

Le benzol agit plus rapidement que la térébenthine, mais il a contre lui sa facile inflammabilité. — P. N.

L'iodure de potassium dans la diphthérie, par M. Zenenk (*Annuaire de thérapeutique*). — Le docteur Zenenk (de Nowgorod), ayant eu à se louer des succès obtenus dans le traitement de la diphthérie par l'emploi de l'iodure de potassium, donne les indications suivantes :

Il prescrit aux individus de plus de 14 ans de 2 à 4 grammes par jour, suivant l'intensité de l'affection. Aux enfants au-dessous de 14 ans, il donne autant de fois 10 centigrammes qu'ils ont d'années d'âge.

Les doses sont, pour les adultes, de 30 à 80 centigrammes, et, pour les enfants, de 3 à 20 centigrammes, en ayant soin de le faire prendre à intervalles plus rapprochés au début de la diphthérie.

On cesse le traitement quand on voit apparaître l'œdème et lorsque les fausses membranes se détachent, ce qui a lieu au bout de deux à quatre jours. Tous les malades prennent du vin rouge alcoolique.

Les attouchements au pinceau et les cautérisations ne font qu'irriter davantage la muqueuse. Il fait faire, toutes les heures, des vaporisations et conseille les gargarismes avec la solution de 2 ou 3 p. 100 d'acide borique ou salicylique dans la glycérine, ou l'infusion de géranium, ou l'alcool camphré.

A ce traitement s'ajoutaient des frictions de pommade mercurielle sur les glandes cervicales, deux fois par jour, ainsi que sur les glandes sous-maxillaires engorgées. Il complète le traitement par l'administration de la quinine à titre de corroborant.

P. N.

SOCIÉTÉS SAVANTES DES DÉPARTEMENTS

SOCIÉTÉS DE MÉDECINE DE LYON (1er semestre 1891) (1).

L'essence de vulnéraire, par MM. CADÉAC et MEUNIER. — On peut conclure les faits suivants des recherches faites par ces auteurs sur l'intoxication aiguë ou chronique par le vulnéraire ou eau d'arquebuse :

1° Cinq essences épileptisantes : la sauge, l'absinthe, l'hysope, le romarin et le fenouil entrent dans sa composition.

2° La dose de ces éléments réunis dans un litre de vulnéraire est suffisante pour produire l'épilepsie chez un homme de taille moyenne.

3° Les éléments stupéfiants (thym, serpolet, lavande, rue et mélisse) sont des antagonistes des essences épileptisantes.

4° Les excito-stupéfiants (menthe, origan, angélique, marjolaine, basilic, calament et sariette) s'ajoutent aux épileptisants au début de leur action et aux stupéfiants pendant la seconde phase qui est la plus prolongée. Ils sont doublement toxiques : primitivement, ils préparent la convulsion et mènent sûrement à la stupéfaction.

5° Les effets épileptiformes, partiellement neutralisés par l'effort combiné des stupéfiants et des excito-stupéfiants, sont encore affaiblis par l'alcool.

6° L'intoxication par le vulnéraire, aiguë ou chronique, poussée aux limites extrêmes, se traduit par une hyperesthésie constante, par des convulsions choréiques prolongées, des convulsions tétaniques et cloniques passagères, mais elle n'aboutit jamais à l'attaque épileptique.

7° L'intoxication aiguë, comme l'intoxication chronique, produit une excitabilité morbide, une irritabilité maladive capable de faire éclater rapidement chez les femmes et chez les enfants, et chez tous les sujets par un usage prolongé, des crises hystériques, éclamptiques et spasmodiques, et chez les prédisposés à l'attaque épileptique.

Paraffinage des planchers et phthisie. — M. BARD expose à la Société les résultats qu'il a obtenus en faisant paraffiner à chaud le plancher d'une salle de l'hôpital Saint-Pothin. Ce procédé, très peu dispendieux, imperméabilise le plancher et permet de substituer le lavage au balayage. Cette salle est consacrée au traitement des phthisiques.

M. LÉPINE pense que de tels avantages doivent pousser à généraliser ce procédé; il demande si les souliers ferrés ne l'endommagent pas trop.

M. BARD dit que le plancher, qui a été paraffiné il y a deux ans, est resté invulnérable. Il s'associe au vœu de M. Lépine relativement à la généralisation du procédé, mais ignore si l'on peut facilement l'appliquer à des parquets cirés antérieurement.

De l'état du sang chez les noyés. — M. Henry COUTAGNE fait la communication suivante :

On admet généralement que, chez les noyés qui succombent par asphyxie (en opposition avec ceux qui meurent de syncope), le sang dilué par l'eau est à l'état liquide, et c'est là un des meilleurs signes anatomo-pathologiques de ce genre de mort. MM. Brouardel et Paul Loye ont constaté dans les expériences sur le chien que le sang est coagulé aussitôt après la mort, et qu'il se liquéfie d'abord dans le cœur droit, puis dans la veine cave inférieure thoracique, dans le cœur gauche, dans la veine cave abdominale, etc.; le sang de la veine porte resterait le plus longtemps coagulé. Ces auteurs paraissent conclure de l'animal à l'homme et regarder la décoagulation du sang des noyés comme un phénomène cadavérique, dont l'apparition s'effectuerait dans un ordre assez régulier pour entrer en ligne de compte dans l'appréciation de la date de la submersion.

M. Coutagne, dans des autopsies de noyés très nombreuses, n'a jamais constaté de différence appréciable entre le sang de tel ou tel organe, et en particulier il n'a jamais constaté de caillots dans la veine porte. Il a pratiqué, depuis la publication du mémoire de MM. Brouardel et Loye, 4 autopsies précoces de noyés, morts de seize à vingt-quatre heures au maximum auparavant. Il a recherché avec soin l'état du sang dans les divers

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 22, 24, 26 septembre, 1er et 3 octobre 1891.

organes, et l'a constaté à l'état liquide, en particulier dans les grosses veines abdominales, y compris la veine porte.

Toxicité urinaire chez la femme enceinte. — M. Emile Blanc a fait, il y a un an, une communication à la Société des sciences médicales, sur la toxicité urinaire chez la femme enceinte; en se basant sur 13 expériences, il établissait que l'urine de la femme enceinte était peu toxique, puisqu'il fallait environ 75 c. c. d'urine pour tuer un kilogramme d'animal (lapin). Pour établir cette moyenne, M. Blanc tenait compte de divers éléments, et entre autres de la quantité d'urine émise en vingt-quatre heures.

Presque simultanément, M. Tarnier faisait, au nom du docteur Chambrelent, une communication à l'Académie de médecine sur le même sujet; M. Chambrelent avait aussi constaté, en effet, une toxicité urinaire faible chez la femme gravide. Mais il expliquait cette faible toxicité par une rétention de matières excrémentitielles dans le sang. Au contraire, M. Blanc admettait que des conditions multiples (genre de vie, défaut de travail physique, etc.) suffisaient pour expliquer le résultat obtenu dans cet état particulier du du sujet.

Comme la solution du problème a un grand intérêt dans l'étude de la pathogénie de l'éclampsie, M. Blanc a complété ses premières recherches, et dans une nouvelle série d'expériences, il a comparé la toxicité urinaire de la femme enceinte à la toxicité de la femme non enceinte, mais vivant à peu près dans les mêmes conditions. Il a choisi pour cela des femmes atteintes d'affections gynécologiques légères, ou en surveillance dans les services spéciaux, et par conséquent n'offrant ni état fébrile, ni troubles pathologiques des urines, etc.

M. Blanc a pratiqué de cette façon, avec les urines de vingt-quatre heures, 12 expériences aussi comparables que possible, 6 chez la femme non gravide, et 6 chez la femme gravide. La quantité totale d'urine injectée a varié chez la première de 150 c. c. à 300 c. c.; et chez la seconde de 86 c. c. à 350 c. c. La moyenne obtenue chez la femme enceinte a été de 132 c. c. par kilogramme d'animal, et chez la femme non enceinte de 115 c. c.

Cette différence entre les deux variétés, déjà minime, s'atténue encore considérablement si on tient compte de la quantité d'urine émise en vingt-quatre heures par la femme gravide, quantité qui dépasse celle de la femme non gravide d'environ 250 grammes. De ce fait, la toxicité doit être réduite de près d'un cinquième chez la première et ramenée à 106 ou 107 c. c. par kilogramme d'animal.

Une conclusion s'impose donc, c'est que la toxicité urinaire de la femme enceinte n'est pas inférieure à celle de la femme non enceinte, vivant dans des conditions à peu près identiques.

Toxicité urinaire chez les aliénés. — MM. Weill et Dubois communiquent une série d'expériences dans lesquelles ils démontrent la diminution de toxicité de l'urine chez certains vésaniques. Le procédé opératoire a consisté en injections dans les veines du lapin d'une urine réduite par l'évaporation au tiers de son volume. L'injection a été faite, non pas avec une seringue, mais avec une pipette de Dagère au moyen d'une pression mercurielle constante de 10 centimètres de mercure. Le sujet vésanique était, d'après M. Pierret, un héréditaire ou un accidentel, avec stigmates physiques, phénomènes épisodiques, accès de dipsomanie, d'automatisme ambulatoire ou de crises maniaques.

Phénomènes habituels : légère excitation, insomnie persistante.

L'urine de ce sujet, quoique plus dense, 1,020 contre 1,010, plus acide (quatre à cinq fois plus), plus riche en extrait sec (40 grammes par litre contre 20 grammes), quoique fournie par un sujet plus pesant, 85 contre 58, que l'urine normale, était manifestement moins toxique que cette dernière. 30 c. c. de l'urine pathologique réduite au tiers par évaporation étaient tolérés chez le même animal que 30 c. c. d'urine normale, réduite au tiers, tuaient.

Cette diminution de la toxicité ne pouvait être attribuée à une rétention des produits toxiques, mais à une diminution dans l'élaboration des symptômes vésaniques, pouvait être en partie rapportée dans cette hypothèse à un phénomène analogue à l'abstinence dans les intoxications alcoolique ou morphinique, c'est-à-dire comparés à un empoisonnement en retour. L'indication thérapeutique conduirait à administrer au vésanique les

principes actifs de l'urine normale; à défaut de ceux-ci, on pourrait recourir aux équivalents toxiques qui agissent dans les états normaux artificiels comme l'alcoolisme, chloral, digitale, etc. Enfin, si on précisait les toxines absentes chez le vésanique, on pourrait instituer un traitement plus direct en agissant sur le trouble nutritif lui-même.

Endocardite infectieuse expérimentale. — MM. Josserand et Roux présentent le cœur d'un lapin qui a succombé à une endocardite infectieuse expérimentale réalisée par l'injection intra-veineuse d'un bouillon de culture ensemencé avec une goutte de sang prise au doigt d'une malade. Cette femme, entrée à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Sainte-Clothilde, le 14 avril 1891, au quinzième jour de sa maladie, offrait des signes d'infection profonde : splénomégalie remarquable, hyperthermie, albuminurie, épistaxis. Comme localisation, tout se passait au cœur : souffle mitral, d'où rudesse extrême avec frottements péricardiques à la base. La maladie, remarquable par sa durée (trois mois révolus), suit encore son cours.

On fit trois prises de sang, deux au doigt, une dans la rate : une des deux premières, portée sur agar fut seule fertile. Une élevure d'un blanc grisâtre se produisit, qui fut transportée dans un bouillon, lequel servit à ensemencer un tube de gélatine et une pomme de terre sur lesquels poussèrent des colonies citrines.

Un nouveau bouillon (4e génération), ensemencé avec ces colonies, fut inoculé le 29 mai à la dose de deux centimètres cubes dans la veine auriculaire d'un lapin qui succomba le 26 juin en présentant à l'autopsie, un épanchement hématique dans le péritoine et le péricarde, et une endocardite d'une intensité remarquable.

On voit, en effet, sur la pièce présentée, les trois valvules sigmoïdes de l'aorte grossies chacune comme un petit pois, et constituées par des granulations mûriformes. Quant aux valves de la mitrale, elles sont si bourgeonnantes et si tuméfiées qu'on ne peut apercevoir aucune fente au fond de l'entonnoir mitral.

Relativement au micro-organisme à incriminer, c'est un staphylocoque à grains plus gros que l'aureus, ne liquéfiant pas la gélatine, et donnant sur gélatine et pomme de terre des cultures non pas jaunes, mais citrines.

Une étude plus approfondie permettra d'avoir prochainement des données plus exactes sur sa nature.

La femme qui a fourni le sang est encore à l'hôpital. Voilà donc un cas intéressant au point de vue doctrinal, et dans lequel la médecine expérimentale a rendu son arrêt pour ainsi dire au lit de la malade, et permis de diagnostiquer l'endocardite sur l'examen du sang comme on diagnostique la tuberculose par l'examen des crachats. Jusqu'ici, les endocardites expérimentales n'ont été obtenues qu'avec des produits cadavériques.

Les organes et les valvules du lapin ont été ensemencées, et MM. Roux et Josserand se proposent de poursuivre cette étude qu'ils publieront en détail.

Cancer de l'œsophage et sonde à demeure. — M. Vinay présente un malade atteint d'un rétrécissement cancéreux de l'œsophage situé à 10 centimètres au-dessus du cardia et chez lequel il a placé une sonde à demeure dont l'orifice sort par la narine droite. Il s'est servi d'une grosse sonde de Nélaton ayant 30 centimètres de longueur qu'il a introduite armée d'un mandrin en plomb par l'orifice buccal. Puis il a introduit par la narine droite une sonde molle élastique dont il a lié l'extrémité à la précédente et l'a fait ressortir par la narine correspondante.

M. Vinay estime que la sonde à demeure est un moyen préférable à la gastrostomie dont les résultats sont mauvais; elle permet d'alimenter les malades et leur épargne les tourments de la faim.

De quelques nouvelles médications.

Le salol camphré dans le traitement de l'otorrhée. (*Revue de thérapeutique.*)

Le salol camphré constitue un excellent antiseptique, employé avec avantage dans certaines suppurations rebelles. Dans le traitement de l'otite moyenne suppurée, il a été

préconisé par le docteur Pégon. Rappelons d'abord que le salol camphré se prépare d'après la formule suivante indiquée par M. Desesquelles :

Salol....................................	20 grammes.
Camphre..................................	20 —

On mélange et on chauffe doucement jusqu'à fusion complète, sans addition d'aucun dissolvant, alcool ou eau; on filtre et on conserve dans un flacon de verre jaune hermétiquement bouché.

Ainsi préparé, le salol camphré représente un liquide onctueux au toucher, incolore, insoluble dans l'eau, très soluble dans l'éther, le chloroforme, les huiles. La lumière et l'air le décomposent assez facilement.

L'application du pansement se fait de la façon suivante : On commence par nettoyer le conduit auditif, la caisse du tympan, à l'aide d'injections antiseptiques, d'eau boriquée faible; on introduit ensuite, dans l'oreille, un petit tampon d'ouate imbibé de salol camphré, en ayant soin, autant que possible, de mettre le tampon en contact avec la partie malade. Si la suppuration est abondante, le malade doit retirer lui-même le tampon au bout de vingt-quatre heures, avant même si cela était nécessaire. Ce pansement est renouvelé tous les deux jours et, dans l'intervalle, le malade fait des injections d'eau boriquée tiède, dont le nombre varie suivant l'intensité de la suppuration. En général, une ou deux par jour sont suffisantes.

Ces pansements au salol camphré, qui ne sont pas douloureux ni irritants, sont très bien supportés, et on réussit par eux à guérir des otites purulentes au bout d'un temps qui varie de quatre à vingt jours. Bien entendu, le traitement général est de rigueur. Ce traitement paraît posséder plus d'efficacité que les autres, car il réussit là où les autres échouent et, s'il est des cas où il ne réussit pas complètement, il a toujours l'avantage de diminuer la fétidité, ainsi que l'abondance de la suppuration. — P. N.

COURRIER

Concours de l'internat. — Le jury pour le concours de l'internat des hôpitaux de Paris est composé ainsi qu'il suit : MM. Millard, Ricard, Perier, H. Martin, Gilbert, Blum et Bonnaire.

— L'Ecole municipale d'infirmières de la Salpêtrière et l'Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières de la Pitié ont ouvert leurs cours professionnels le mardi 6 octobre, à huit heures du soir.

L'enseignement comprend les cours suivants : cours d'administration; éléments d'anatomie et de physiologie ; pansements; soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés; hygiène; petite pharmacie.

Société de médecine de Paris. — Séance du 10 octobre 1891. — *Ordre du jour :* 1. M. Dubrisay : Paralysie alcoolique chez une jeune femme; névrites multiples; guérison. — 2. Communications diverses.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Le traitement diététique du diabète sucré (1).

Mais ce dont, habituellement, les diabétiques se plaignent le plus, c'est de la privation du pain; aussi a-t-on cherché à remplacer le pain par un grand nombre de préparations. La plus connue est le pain dit de gluten, qui, malheureusement, contient beaucoup d'amidon, sans lequel la panification serait impossible. M. Carles a fait récemment des analyses instructives du pain de gluten de diverses provenances séché à l'air libre.

Pain provenant de :	Marseille	Toulouse	Paris	Bordeaux 1	Bordeaux 2	Pain blanc de luxe
Eau à 100°	12,50	13,00	14,50	12,60	13,00	12,60
Gluten	47,38	47,54	49,89	45,27	47,94	9,00
Amidon	27,17	26,15	19,24	31,95	31,66	70,20
Phosphates en phosph. de chaux	1,98	1,70	1,80	1,80	1,82	1,02
Non dosé	10,90	11,61	14,57	8,38	6,84	6,67
	100,00	100,00	100.00	100,00	100,00	100,00

On voit que, comme le dit M. Dujardin-Beaumetz, il y a pain de gluten et pain de gluten, puisque la quantité d'amidon peut y varier de 19,24 p. 100 à 31,95 p. 100. Boussaingault a même trouvé 61,9 p. 100 d'amidon dans certains pains de gluten, tandis que le pain ordinaire de boulanger n'en renferme que 55,8.

Habituellement, le pain de gluten est très léger, très fragile, difficile à insaliver et coupe les gencives; de plus, il a souvent mauvais goût. On peut, d'après M. Carles, éviter une grande partie de ces inconvénients en employant un levain formé d'acide tartrique et de bicarbonate de soude, mais, malgré tout, on aura toujours un produit contenant, au minimum, 19 p. 100 d'amidon.

Pavy a conseillé un pain d'amandes; ces dernières sont débarrassées de sucre et de dextrine par le lavage à l'eau bouillante acidulée. Ce pain, qui, d'après Cantani, serait le seul remplaçant admissible du pain ordinaire, n'est guère accepté en France par les diabétiques. Kulz a préconisé un pain fabriqué avec de l'inuline, du lait et des œufs, dont l'usage n'a pas donné de bons résultats à Frerichs. Enfin, on a encore fait du pain avec le lichen d'Islande, qui renferme une substance isomère de l'amidon commun, et du pain de gruau de froment (Dahmen).

(1) Suite. — Voir le numéro du 8 octobre 1891.

Tout récemment, on a beaucoup vanté le pain de farine de Soja, qui contiendrait 20,168 de substances protéiques et seulement 2,794 de matières amylacées ; malheureusement, ce pain a eu peu de succès, car il a un goût désagréable.

Pour Dannecy, on pourrait employer un mélange de croûtes de pain et de poudre de viande, et un certain nombre de médecins ont prescrit l'emploi du pain grillé ou de la croûte de pain. Cependant, Esbach a montré que la croûte de pain renferme plus d'amidon que la mie et, d'après ses analyses, 100 grammes de croûte donnent 76 grammes de sucre et 100 grammes de mie n'en donnent que 52 grammes. Malgré cela, M. Dujardin-Beaumetz est partisan du pain sans mie, qui est fort léger, 30 ou 40 grammes étant le poids habituel d'un pain. De plus, le malade qui a une dentition en mauvais état ne peut manger qu'une faible quantité de ce pain.

Un boulanger diabétique du service de Rommelaëre (de Bruxelles) a établi la formule suivante d'un pain spécial :

Farine de gluten	500 grammes.
Beurre	125 —
Eau froide	125 —
Œufs	N° IV
Levure	Petite quantité.

On mélange le ferment à l'eau froide ; on y ajoute les œufs battus en neige (jaune et blanc), puis la farine de gluten et le beurre, préalablement fondu. On pétrit le tout en pâte. On met celle-ci dans un plateau de 20 centimètres de diamètre qu'on expose devant le feu pendant une heure. Enfin, on fait cuire au four. Le goût de ce pain serait excellent.

Les pommes de terre contiennent moins d'amidon que le meilleur pain de gluten ou que le pain sans mie. D'après Esbach, 100 grammes de pommes de terre cuites à l'eau donnent 17 grammes de sucre ; pour Mayet même, elles n'en donneraient que 8 gr. 30. La pomme de terre est donc préférable au pain ; mais il ne faut pas oublier que c'est à condition de prendre des poids égaux des deux corps (Dujardin-Beaumetz). Or, une seule pomme de terre cuite à l'eau pèse environ 100 grammes, tandis qu'un pain sans mie pèse 30 grammes. Si l'on réfléchit, de plus, que la pomme de terre se mange très facilement, on préférera de beaucoup ordonner le pain, tout en sachant que l'on peut, de temps à autre, permettre une pomme de terre au diabétique.

Les diabétiques boivent beaucoup et ont une fâcheuse tendance à abuser des boissons alcooliques qu'ils supportent généralement très bien. Cl. Bernard a provoqué la glycosurie en faisant absorber de l'alcool ou de l'éther par l'intestin grêle et est arrivé au même résultat par l'injection dans la veine porte ; on n'oubliera pas, de plus, qu'il est probable que l'alcool est la cause de certains diabètes (Glénard, Hayem) par les altérations qu'il entraîne du côté du foie, du pancréas, etc. Bouchardat avait d'abord permis aux malades de faire usage de vin pur ; mais, plus tard, il n'a plus conseillé que le vin coupé. M. Dujardin-Beaumetz défend aussi l'alcool, les liqueurs et les vins alcooliques.

M. le professeur Hayem (1) rapporte les expériences faites par Rosenstein avec le café, la bière de Bavière, le vin et l'acide tartrique. Le café

(1) *Leçons de thérapeutique*, t. II, p. 368.

augmente le chlorure de sodium, le sucre et l'urée. La bière de Bavière augmente le sel et le sucre et fait légèrement diminuer l'urée. Il en est de même des vins alcooliques; l'augmentation du sucre serait d'autant moins sensible que le vin est plus riche en alcool. L'acide tartrique augmente le chlorure de sodium et le sucre et abaisse l'excrétion de l'urée. Griesinger a vu les boissons alcooliques augmenter le sucre; Kulz et Senator ne leur ont pas reconnu d'inconvénients. M. le professeur Hayem pense que l'on peut permettre l'usage des vins rouges riches en tannin; il est inutile d'y ajouter du tartrate de potasse. On doit rejeter les vins sucrés, et il faut se défier des bières, car celles que vendent les cafés contiennent souvent de la dextrine. Les boissons gazeuses qui fatiguent l'estomac doivent être rejetées.

M. Dujardin-Beaumetz est très partisan de l'usage de toutes les substances à base de caféine (thé, café, maté) qui relèvent l'organisme souvent déprimé des diabétiques. Il ne faut pas laisser les malades souffrir de la soif, mais ils doivent boire lentement et peu à la fois.

Nous parlerons du lait à propos du régime de Dongkin.

Avant de passer à l'étude des différents régimes résultant des combinaisons variées que l'on peut faire avec les aliments permis et défendus, il est utile de consulter les trois tableaux d'analyses publiées par de Nedats, Boussingault et Mayet, qui donnent des renseignements fort utiles. Voici les principaux chiffres des tableaux que l'on trouvera au complet dans l'Hygiène alimentaire de M. le docteur Dujardin-Beaumetz.

Proportion d'amidon contenue dans les principaux éléments féculents : Riz, 74,10 p. 100; — farine de blé, 63 p. 100; — farine de froment, 42,70 p. 100; — pois, 37 p. 100; — topinambour, 16,60 p. 100; — pomme de terre, 15,50 p. 100.

D'après Boussingault, le biscuit rond de gluten renferme 44,9 p. 100 de substances azotées, et 40,2 p. 100 d'amidon et analogues. Les lentilles contiennent 25 d'azote et les pois 23,8; ces deux légumes fournissent 55,7 p. 100. Enfin, dans la pomme de terre, il n'y a que 28 d'azote et 23,2 d'amidon

Mayet a montré que 100 grammes de navet donnent 7 grammes de sucre; la même quantité de pommes de terre cuites ou fraîches donne 8,30; de riz à l'eau, 8; de marrons, 20; de lentilles, 22,05; de pain de gluten frais, 27,07; de pain ordinaire, 60.

V

Cantani et Dongkin ont prescrit aux diabétiques des régimes exclusifs : diète adipo-carnée et lait.

Voici exactement le régime de Cantani :

1. *Aliments.* — Bouillons faits avec toutes les viandes.

Toutes les parties musculaires du bœuf, la cervelle, la langue, le palais, etc.

Toutes les parties musculaires du veau; tous les organes internes, cervelles, ris, cœur, poumons, rognons, à l'exception du foie.

Tous les muscles et organes comestibles du mouton, à l'exception du foie.

Toutes les parties de l'agneau et du chevreau, sauf le foie.

Coq, poulet, etc.; gibiers de toute espèce; poissons de toute espèce. Grenouilles, crustacés.

Viandes ou poissons salés de toute nature, mais en petite quantité.

L'usage du sel et des viandes salées doit être modéré, car une trop grande quantité de sel est nuisible aux diabétiques. Cantani a vu l'absorption d'une grande quantité de sel par la bouche ramener la glycosurie.

Le diabétique ne doit pas chercher à manger beaucoup de viande; il a besoin de digérer et d'assimiler le plus possible de viande et de graisse, et ce résultat est souvent obtenu en mangeant moins. Quand le malade ne prend que de la viande, plus il en mange, plus il y a tendance à la glycosurie. Ceci, pour Cantani, tiendrait à ce qu'avec peu de viande il ne se produit pas de glycogène et dès lors pas de sucre. La difficulté est de déterminer la quantité de viande nécessaire à la nutrition des sujets, mais insuffisante à produire la glycosurie. Dans les cas très graves, du reste, une légère glycosurie est préférable à la dénutrition qu'amène un régime insuffisant.

Tous ces aliments peuvent être pris bouillis, rôtis, grillés ou frits à l'huile d'olive ou à la graisse; ils seront salés convenablement et peuvent même être assaisonnés pourvu que, dans l'assaisonnement, il n'entre ni sucre, ni farine, ni fécule, ni légumes, ni beurre, ni vinaigre, ni jus de citron.

Mais on peut se servir de l'huile d'olive ou de la graisse des animaux; le vinaigre sera remplacé par l'acide acétique étendu d'eau, de même le jus de citron par de l'acide citrique étendu.

La quantité des aliments sera de 600 grammes par jour de viande pesée cuite et davantage si le malade continue à dépérir.

Dans les cas où la dénutrition est très prononcée, Cantani conseille de donner chaque jour de 60 à 200 grammes de graisse pancréatisée. On la prépare en coupant en petits fragments le pancréas frais d'un bœuf, ou d'un veau, ou d'un agneau, ou d'un chevreau; on met au contact une certaine quantité de saindoux qu'on laisse pendant trois heures au moins soumis à cette sorte de digestion artificielle, puis on fait frire légèrement.

2. *Boissons.* — Eau pure ou eau de Seltz artificielle auxquelles on peut ajouter 10 à 30 gram. par jour d'alcool rectifié et que l'on peut aromatiser avec les eaux distillées de fenouil, de cannelle, etc. L'alcool devra être absolument interdit si la diète carnée pure ne fait pas disparaître la glycosurie.

Si ce régime ne suffit pas à faire cesser la glycosurie, il faudra, après un mois, imposer un jeûne de vingt-quatre heures pendant lequel le malade ne prendra aucun aliment solide, mais seulement de l'eau et du bouillon gras, et seulement quand le jeûne absolu semble ne pouvoir être supporté. Après quoi on reprendra le régime ordinaire, réduit de moitié en quantité et qu'on augmentera peu à peu. Si la glycosurie reparaît, nouveau jour de jeûne, puis régime réduit de moitié qui ne sera augmenté que si la balance démontre que le malade perd de son poids.

Dans les cas très récents et peu graves, on peut permettre les œufs, le foie des animaux, l'huile de foie de morue (de 60 à 200 grammes par jour) et les mollusques (huîtres, coquillage, escargots, etc.), un peu de vin rouge vieux, le vin de Bordeaux est le meilleur, un peu de café ou de thé sans sucre.

L'exercice, la gymnastique, le travail musculaire seront toujours indiqués.

Ce régime devra être continué, *sans la moindre infraction,* pendant deux mois au moins dans les cas légers et les plus récents, pendant trois, six et même neuf mois dans les cas graves.

Le retour aux aliments amylacés ou sucrés doit être gradué. Mais,

avant de les permettre, il faut que, depuis deux mois au moins, il n'y ait plus de sucre dans les urines.

On commencera par permettre les épinards, la chicorée, les endives, la barbe de capucin, la laitue, la romaine, le pissenlit et autres salades, les fines herbes, les olives.

Un peu plus tard :

Cardon, céleris, artichaut, scorsonères, poireaux, truffes, champignons.

Un mois après, on permettra :

Les fromages fermentés, les vins rouges vieux.

Après quinze autres jours : les amandes, les noix, les noisettes, les pistaches. Un ou deux mois plus tard : les sorbes, les groseilles, fraises, pêches, pommes, oranges.

Ensuite : les poires, prunes, raisins frais, haricots verts, petits pois, tomates, melons, citrouilles, les fromages frais, le beurre, etc.

En même temps, les apprêts de tout genre seront permis, excepté ceux au sucre.

Enfin, on ajoutera peu à peu une petite quantité de féculents : pommes de terre, farine, pain, etc.

Pendant toute la durée de ce retour au régime mixte, il ne faudra prendre d'abord qu'une quantité très minime des aliments permis, et l'on fera très fréquemment l'analyse des urines.

Jamais le malade ne pourra prendre de sucre de canne.

Enfin Cantani emploie, concurremment avec la diète carnée, l'acide lactique et les lactates alcalins à l'usage desquels il donne une grande importance.

Nous avons exposé plus haut tous les inconvénients de l'alimentation carnée exclusive, et nous n'avons pas à y revenir.

Cependant la diète carnée graisseuse, sans être rigoureuse comme celle de Cantani, doit former la base du régime des diabétiques, et on peut alors la continuer longtemps en amenant une grande réduction de la quantité de sucre éliminé ou même la disparition de ce dernier. La guérison n'est bien souvent que conditionnelle, et le malade voit habituellement la glycosurie reparaître s'il revient à l'alimentation habituelle, mais c'est encore la diététique qui donne les meilleurs résultats.

La *diète lactée* est le traitement de Dongkin qui ne donne à ses malades que du lait écrémé comme unique aliment. On commence par 4 à 6 pintes par vingt-quatre heures (la pinte = 568 grammes) et on va jusqu'à 12 pintes dont 4 à 5 sont prises à l'état de lait caillé. Le lait est donné tiède à une température de 30 à 40 degrés, mais on ne le porte pas à l'ébullition afin de ne pas altérer la caséine.

Sous l'influence de ce régime, le sucre disparaîtrait des urines vers le douzième ou le quinzième jour, sauf dans les cas très graves. Même dans les cas où on échoue (diabète avancé), la glycosurie diminuerait et il se produirait une amélioration dans l'état général. Lorsque le lait réussit, on en continue l'usage pendant deux semaines après la disparition de la glycosurie et on revient ensuite, avec de grandes précautions et de grands tâtonnements, au régime ordinaire. On doit prescrire de nouveau le lait si les aliments ordinaires ramènent la glycosurie.

On remarquera que, dans le lait écrémé, il entre des substances qui peuvent se transformer en sucre, et que, de plus, il n'y a pas de graisse.

Bouchardat a combattu le régime qu'a préconisé Dongkin, et Kulz n'en a

pas obtenu de bons résultats; Lecorché n'a pas observé un seul cas de guérison; il a vu le diabète s'amender momentanément, mais il reprenait après la cessation du régime et la glycosurie reparaissait avec une intensité égale sinon supérieure à celle qu'elle avait avant le début du traitement. G. Sée considère la cure de lait comme contre-indiquée à toutes les périodes de la maladie, surtout dans la période avancée où elle devient une *cura famis*; il a toujours vu le sucre urinaire augmenter sous l'influence du lait.

Sauf dans un cas, Frerichs a toujours constaté que la polyurie et la quantité de sucre augmentaient. Cantani a essayé le lait écrémé plusieurs fois sans aucun résultat avantageux. Cependant il admet qu'il peut être utile dans les cas très légers ou très récents et réussir dans les glycosuries passagères. Schnée regarde le lait comme nuisible. Ebstein, tout en rejetant le traitement exclusif, permet le lait pur en petite quantité si le patient le supporte bien. Pour le professeur Hayem, la tolérance des malades pour le lait est variable, et il y a des cas où il n'augmente pas l'excrétion du sucre; M. Dujardin-Beaumetz le proscrit absolument. Enfin, un médecin diabétique, Vocke, s'est trouvé très bien du petit-lait comme unique souper en été comme en hiver.

En fait, si l'on se rappelle la composition du lait, on admettra facilement qu'il peut être nuisible dans les cas de diabète accentué, et, même dans les cas légers, on ne le permettra qu'avec prudence. Bien que Senator le tolère pour calmer la soif, le mieux est de s'en passer.

(*A suivre.*) Paul Chéron.

REVUE DES JOURNAUX

Théorie du délire dans la pneumonie, par M. le docteur Castelain (*Archives médicales belges*). — Frappé de ce fait d'observation que le délire, dans la pneumonie, ne se déclare que peu avant la défervescence, augmente avec la chute de la fièvre, le jour de la crise et le lendemain, pour diminuer le troisième jour et se terminer le quatrième après la défervescence, l'auteur fut porté à croire à l'existence d'un poison se formant ou devenant libre avec la liquéfaction de l'exsudat pulmonaire, puis repris par la circulation; en d'autres termes, à considérer ce délire comme un délire d'intoxication et de résorption.

Partant de là, il a recherché la toxicité quantitative et surtout qualitative des urines des pneumoniques avant et après la défervescence, pensant avec raison, semble-t-il, que, si le poison existait dans les urines, il serait légitime de le considérer comme le lien causal du phénomène en question.

Or, les expériences qu'il a entreprises à ce sujet ont confirmé cette hypothèse.

Après avoir fait remarquer que le délire ici en cause a pour caractère fondamental d'être lié directement à la crise, M. le docteur Castelain en recherche la genèse. Sans doute, dit-il, l'état général (alcoolisme, fièvre, débilitation), l'état du cœur (faiblesse), de la circulation artérielle (ischémie) et veineuse (stase), du cerveau (méningite), du système nerveux, des autres organes (albuminurie, etc.) doivent toujours être scrutés quand, à n'importe quelle période, le délire apparaît dans le cours d'une pneumonie. Mais, de même qu'un chirurgien, voyant survenir du délire chez un opéré, s'empresse d'examiner l'état local, nous ne pouvons négliger d'explorer la région hépatisée et nous signalons la liquéfaction et la résorption de vastes exsudats intra-alvéolaires à l'attention spéciale des médecins. Dans la période d'hépatisation complète, le poumon est imperméable à l'air; l'exsudat est abondant, coagulé, compact; les granulations alvéolaires sont composées surtout de fibrine et de jeunes cellules, mêlées aux globules du sang. Mais, vers la

fin de l'hépatisation et dans la période de résolution, il survient dans les alvéoles une transsudation liquide qui désagrège l'exsudat. *Une faible portion de cet exsudat liquéfié s'élimine par les bronches. La grande masse est résorbée.* Cette liquéfaction a une durée et une rapidité variables, et ne s'opère pas toujours en même temps daus toutes les parties envahies. Mais, remarquons que les râles de retour, même provoqués par la toux, n'apparaissent que lorsque le ramollissement est suffisant, c'est-à-dire que la période de liquéfaction précède le moment clinique où la résolution devient appréciable à l'auscultation.

En tenant compte de cette remarque, l'observation établit ce fait que l'*évolution du délire est exactement en rapport avec les transformations locales pendant cette période de liquéfaction*. L'analyse des cas observés par Castelain, relatés dans la *Revue médicale de Louvain,* lui a montré que :

1° L'apparition du délire coïncide avec le début de la période de liquéfaction et en constitue le premier indice.

2° La courbe du délire est parallèle à la courbe de liquéfaction et à l'abondance de l'exsudat. Le délire augmente, pendant et après la défervescence, à mesure que les râles deviennent plus humides et plus nombreux, qu'ils s'entendent dans une étendue plus considérable et qu'ils apparaissent aux deux temps. Le délire diminue et disparaît peu à peu, à mesure que les râles fins deviennent moins nombreux, occupent une moindre étendue, et font place à des râles plus gros et finalement à des râles secs.

3° La durée du délire est en rapport avec celle de la liquéfaction de la plus grande masse de l'exsudat. Si celui-ci se liquéfie rapidement et disparaît aussitôt des alvéoles, le délire a une plus courte durée, mais il est beaucoup plus violent que lorsque la résolution s'opère lentement ou par régions successives. Le délire peut même faire défaut lorsque la liquéfaction est très lente ou l'exsudat peu abondant. — P. N.

CORRESPONDANCE

*A Monsieur le rédacteur en chef de l'*Union médicale.

Monsieur le rédacteur,

On a beaucoup épilogué, depuis quelques jours, dans la presse parisienne — voire même départementale — sur le *secret professionnel,* à l'occasion d'un fait où le secret professionnel, en réalité, n'était nullement en jeu, et où personne n'aurait songé à l'y voir, sans la lettre adressée au journal *L'Eclair* par notre excellent confrère le docteur Wattelet.

Nous avons jugé convenable de nous abstenir de toute intervention personnelle dans ce débat de presse, afin de ne pas fournir un aliment de plus à la controverse engagée à faux sur ce point.

Je ne me crois pas tenu à la même réserve vis-à-vis de la presse médicale, et je vous adresse ces quelques lignes pour ramener l'incident à ses véritables proportions et le soumettre à l'appréciation de nos confrères, qui penseront, comme nous, qu'il n'y avait pas là matière à tant de tapage.

Que s'est-il passé, en effet?

La famille de M. Marais, de la Comédie-Française, justement émue des bruits erronés mis en circulation sur la fin rapide et prématurée de l'artiste bien connu du public, décédé dans notre établissement, nous a demandé de lui faire une déclaration spécifiant la cause du décès et rétablissant la vérité à la place de la légende qui tendait à s'y ubstituer.

Nous avons déféré au désir de la famille, en lui remettant une note écrite qui n'est autre qu'un bulletin relatant la cause du décès, et conforme à notre déclaration faite, d'autre part, à l'état civil.

La famille, dans la plénitude de son droit, a fait de notre bulletin l'usage qu'il lui a plu, en le communiquant aux journaux. Le docteur Monin, membre de la famille et son

représentant, en signant cette note, *comme tel*, indiquait suffisamment qu'il agissait au nom des ayants droit du défunt.

Journellement, nous adressons aux familles, concernant les malades confiés à nos soins, des bulletins de santé dont les parents peuvent user à leur guise; nous ne voyons pas qu'il y ait là, à aucun degré, de la part du médecin, violation du secret professionnel.

Certes, nous professons à l'égard de ce fameux secret professionnel un respect aussi sincère que qui que ce soit, et nous en reconnaissons pleinement les exigences au point de vue moral, comme au point de vue légal, mais il nous semble que ce serait singulièrement en diminuer la portée que de l'invoquer à tort et à travers et le faire intervenir dans des questions où il n'a rien à faire, comme dans le cas particulier qui nous intéresse.

Veuillez agréer, Monsieur le rédacteur, mes salutations les plus empressées.

D[r] P. Pottier,
Directeur de la Maison de santé, 10, rue de Picpus.

Paris, le 7 octobre 1891.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 juillet 1891. — Présidence de M. Dubuc, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La Société reçoit : les journaux et revues de la quinzaine; — *Mémoires et Bulletin de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 3e et 4e fascicules, 1890; — *Bulletin de la Société de médecine d'Angers*, 19e année, 1er sem. 1891; — *Revue des travaux scientifiques*, du Ministère de l'instruction publique, t. XI, nos 1 et 2; — *Revue internationale d'électrothérapie*.

M. le Président annonce à la Société que M. le docteur Bouloumié vient d'être nommé officier de l'Instruction publique.

— M. Polaillon communique une observation de *staphyloraphie* chez une femme autrefois syphilitique. (Sera publiée.)

M. Duroziez : Comment se fait la reproduction osseuse?

M. Polaillon : Elle ne se fait pas : le palais reste fibreux, mais devient assez solide.

M. Dubuc : Le premier temps est-il pénible? M. Polaillon fait-il l'anesthésie?

M. Polaillon : Oui. L'opération se fait d'ailleurs très rapidement, en cinq minutes au plus. La plaie saigne beaucoup.

— M. Duroziez fait une communication sur le *rétrécissement de la tricuspide*. (Sera publiée.)

— La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(1er semestre 1891)

Traitement du diabète par le jambul. — M. Dujardin-Beaumetz : On a beaucoup vanté cette graine, de la famille des Myrtacées, dans le traitement du diabète. Scott avait été frappé de ce fait qu'en faisant un mélange de malt et d'amidon, on empêchait la fermentation en y ajoutant du jambul, et que la production du sucre *in vitro* était réduite

de moitié. Les essais qui ont été entrepris au laboratoire et dans son service par son élève, le docteur Villy, ne sont pas venus confirmer les espérances qu'on avait le droit de concevoir de l'observation de ce fait. La poudre a été donnée à des doses variables, de 3 à 10 grammes par jour. Les résultats ont été différents suivant les cas.

Dans le diabète grave, ou pancréatique, la situation a plutôt été aggravée qu'améliorée.

Dans le diabète de moyenne intensité, chez les sujets ne dépassant pas 10 grammes en vingt-quatre heures, et suivant scrupuleusement le régime alimentaire, le jambul a pu être un adjuvant favorable, contribuant à faire disparaître le sucre. Mais si le malade se remet à prendre des farineux, se relâche de son régime, le résultat devient plutôt fâcheux.

Ce nouveau médicament peut donc rendre des services restreints avec les précautions que M. Dujardin-Beaumetz vient d'indiquer; au point de vue pharmaceutique, il est à désirer qu'on arrive à le préparer sous une forme plus acceptable.

M. Dubousquet-Laborderie ne peut que confirmer les remarques cliniques et thérapeutiques de MM. Dujardin-Beaumetz et Villy.

Il a expérimenté le jambul depuis le mois de juin 1890 et l'a prescrit à cinq malades.

Contrairement à l'opinion des médecins étrangers, qui ont dit que le jambul faisait disparaître le sucre même chez les diabétiques s'alimentant comme tout le monde, dans les trois observations où le jambul lui a donné de bons résultats, il a vu le moindre écart du régime faire reparaître ou augmenter le sucre.

M. Dubousquet-Laborderie n'a vu que chez une malade la quantité d'urine diminuer sous l'influence du jambul : 1,500 et 1,800 grammes au lieu de deux litres et deux litres et demi.

Chez un marchand de vin, sujet d'une autre observation, une soif intense a notablement diminué, mais il faut tenir compte aussi du régime sévère suivi pendant trois à quatre semaines.

Sous l'influence du jambul, en maintenant le régime exclusif, et à cette condition *sine qua non*, le sucre disparaît, du troisième au cinquième jour, chez les diabétiques faibles et moyens, mais ce médicament ne lui a semblé donner aucun résultat chez les forts diabétiques. Le sucre reparaît dès la cessation du médicament auquel les malades paraissent s'habituer très rapidement.

Les auteurs disent que la graine seule donne les meilleurs effets. Il n'a eu que de la poudre d'écorce, et les résultats obtenus lui ont paru être à peu près identiques à ceux signalés par MM. Dujardin-Beaumetz et Villy.

M. Dubousquet-Laborderie a prescrit le jambul à dose de 2 à 40 grammes. Il n'a pas remarqué d'effets fâcheux, sauf chez son premier malade, qui eut de la diarrhée avec tendance aux vomissements. Mais ce malade, atteint à deux reprises de gastro-entérite grave, a une susceptibilité particulière de l'estomac et de l'intestin, et il n'y avait peut-être là qu'une coïncidence, d'autant plus qu'il a présenté ces accidents plusieurs fois. La poudre de jambul, associée à l'opium, a toujours été bien supportée depuis.

Il a plutôt remarqué, chez ses malades, une tendance à la constipation due aux propriétés astringentes de la plante signalée par les auteurs, ce qui l'a engagé à l'administrer dans les cas de diarrhée. Chez un jeune soldat revenant du Tonkin avec une diarrhée chronique qui avait résisté à bien des traitements, il a prescrit le jambul, associé à la poudre d'opium, à la dose de 8 à 10 grammes par jour; ce jeune homme, qu'il considère comme guéri, a pris du jambul pendant neuf jours.

— M. Bardet étudie la *valeur des chloralides*. Un grand nombre de médicaments hypnotiques dérivés des réactions chimiques obtenues par l'action de divers corps sur le chloral sont aujourd'hui introduits dans la thérapeutique. Il est utile de comparer les médicaments ainsi obtenus, afin de déterminer ceux qu'il faut surtout retenir.

On peut diviser les chloralides en deux groupes : 1° les médicaments où le chloral est momentanément modifié pour l'absorption, mais où il se retrouve à l'état de chloral une fois la combinaison primitive détruite dans l'organisme : ce sont le *chloralamide*, le *chloral ammonium* et son dérivé le *chloralamide*, auxquels on peut assimiler le *croton*

chloral et le *méta-chloral;* 2° ceux où le chloral est associé à un nouveau médicament, le *chloral antipyrine* ou *hypnol,* le *chloral méthane* et les combinaisons encore peu connues, telles que *phénols chlorals.* Le chloral, s'il offre de grands avantages, a aussi l'inconvénient d'être irritant, caustique, de produire des réactions dans l'économie qui sont parfois à redouter.

Au point de vue de son action, il agit en se transformant en formiate de soude au contact du sang, qui est alcalin, ce qui met le chloroforme en liberté. Or, comme il a été démontré que la plupart des autres chloralides aboutissent finalement à la même transformation en formiate et chloroforme, il y a lieu de se demander si, dès lors, il ne vaudrait pas mieux donner le chloralamide, qui ne peut être absorbé qu'après avoir traversé l'estomac, ou l'hypnol, qui a l'avantage de ne pas avoir de goût, de n'être pas irritant, et qui ne se transforme que lorsqu'il est arrivé dans le milieu alcalin duodénal.

Ce choix pourrait être encore justifié par ce fait que l'association des médicaments semble rendre les composants plus actifs. Ainsi, on connait l'action microbicide isolée de l'acide borique, de l'acide phénique, du thymol; mais, si on les réunit, leur action totale devient plus grande que lorsqu'on les emploie séparément.

Au point de vue analgésique, hypnotique, on obtient de même des effets plus complets en associant des agents de même ordre, tout en les donnant à doses moindres. Quelle en est la raison? Est-ce parce que la transformation est plus lente, ou parce que l'action locale est rendue plus énergique par l'état naissant du principe actif? C'est difficile à dire; mais, en raison de la pléthore médicamenteuse actuelle, il devient nécessaire de ne retenir que les produits les plus actifs et les plus faciles à administrer.

En résumé, les médicaments appartenant à la première classe agissent comme le chloral et sont supérieurs à ce dernier, parce qu'ils n'ont pas ses propriétés irritantes, particulièrement le chloralamide; on devrait donc réserver le chloral normal pour l'usage externe et ses succédanés par l'usage interne. Quand aux chlorals complexes, dont l'hypnol est jusqu'ici le type le plus intéressant, ils sont des plus utiles à administrer, parce que l'on retrouve dans leur usage, avec une plus grande énergie, l'activité du composant.

Pour M. Dujardin-Beaumetz, il faut renoncer à l'idée que le chloral doit surtout ses effets au chloroforme. Il s'agit plutôt d'une action locale du chloral même, et la preuve, c'est qu'il suffit d'injecter une dose minime de chloral à un lapin pour qu'il soit aussitôt anesthésié et devienne inerte pendant plusieurs heures. Il n'est pas possible que le chloral puisse produire en aussi peu de temps une quantité suffisante de chloroforme pour engendrer une résolution aussi rapide. D'ailleurs, on n'endort pas le lapin en lui injectant directement du chloroforme. Celui-ci doit donc s'éliminer par le poumon, et il n'en reste pas assez dans le sang pour que l'animal soit sidéré.

Accidents consécutifs à une application de calomel. — M. Piedallu rapporte un fait intéressant. Une personne prend, vers le commencement de janvier, un vomitif de poudre d'ipéca. Une parcelle du médicament jaillit dans l'œil de la malade, qui éprouve une sensation de brûlure dont elle ne se préoccupe pas, puis survient un peu de suppuration et, au bout de trois jours, il existait une ulcération de la cornée. M. Piedallu institue un traitement antiseptique qui ne réussit pas et se résout alors à employer le calomel; il prescrit un mélange en parties égales de sucre en poudre et de calomel, et en instille une pincée dans l'œil malade. Un quart d'heure après, la malade souffrait énormément et, en examinant l'œil, on trouvait les paupières très tuméfiées; la conjonctive faisait hernie, recouverte d'une eschare grisâtre et formait un volumineux chémosis. Il était impossible d'écarter les paupières. A quoi attribuer ces accidents? La malade prenait, depuis près de six mois, 1 ou 2 grammes d'iodure de potassium chaque jour, et il était possible que les larmes, chargées du médicament, aient décomposé le calomel. En effet, une analyse des larmes montra qu'elles formaient une véritable solution d'iodure. L'œil ne sera pas perdu complètement, mais la vision est très compromise.

Valeur thérapeutique du sulfate de cinchonidine. — M. de Brun a expérimenté ce médicament, à Beyrouth, sur des indigènes atteints de toutes les formes du paludisme. Il y

a un intérêt très grand à trouver un fébrifuge économique et sûr : 1° parce que beaucoup de sujets ne peuvent supporter la quinine, qui est parfois repoussée avec énergie par les indigènes; 2° parce que, malgré son prix maintenant moins élevé, la quinine coûte encore trop cher pour être distribuée gratuitement par les dispensaires. Il suffit de doses journalières variant de 0,20 à 1 gr. 50, suivant l'âge des sujets ou l'intensité des phénomènes, pour obtenir un effet curatif égal à celui du sulfate de quinine.

Sur 20 cas de fièvre palustre simple, la fièvre a été coupée, le premier jour d'administration, onze fois; le deuxième jour, trois fois; le troisième jour, trois fois; dans 3 autres cas où il s'agissait d'une fièvre palustre avec exacerbations, la maladie n'a pas résisté à dix jours de traitement.

Dans la fièvre intermittente avec cachexie palustre, les accidents cèdent au moins aussi rapidement qu'avec la quinine et la déglobulisation disparaît rapidement. Des cas dans lesquels la quinine n'avait pas été tolérée ou s'était montrée inactive ont guéri rapidement avec la cinchonidine.

La créosote. — M. Catillon a établi les caractères que doit avoir la créosote pure. Elle doit être complètement incolore; avoir une densité de 1080 à 15 degrés; passer à la distillation de 200 à 212 degrés; se dissoudre en toutes proportions dans l'alcool, l'éther, les huiles, la solubilité dans l'eau étant d'environ 1 p. 100; avoir une réaction neutre. Mélangée à partie égale de collodion, elle ne doit pas le coaguler, mais donner une solution très limpide; dissoute dans 18 parties d'alcool et additionnée d'une solution de perchlorure de fer au dixième, elle doit donner une belle coloration verte, franche, sans analogie avec le bleu. La créosote purifiée peut être administrée à des doses plus fortes que la créosote ordinaire; l'odeur et la saveur sont beaucoup moins fortes et moins désagréables. La tolérance de l'estomac paraît plus grande; 40 centim. dissous dans une cuillerée de glycérine et dilués dans un verre d'eau vineuse ne donneraient pas de renvois.

La créosote peut être administrée par le rectum. On peut donner en lavement, avec un demi-jaune d'œuf, 5 à 10 grammes d'huile très pure contenant un dixième de créosote. Des suppositoires renfermant 50 centim. de créosote purifiée ne causent aucune douleur dans le rectum. On sent une légère cuisson à l'anus au moment de l'introduction, mais elle dure quelques secondes à peine.

On peut les formuler comme suit :

Cire blanche...........................	0 gr. 50 centigr.
Beurre de cacao	3 grammes.
Créosote purifiée	0 gr. 50 centigr.

(*A suivre.*)

FORMULAIRE

Solution contre l'hyperhydrose des mains. — Frank-Scott.

Borate de soude	ââ	7 gr. 50 c.
Acide salicylique........................		
Acide borique		2 grammes.
Glycérine.................................	ââ	30 —
Alcool.....................................		

Mêlez. — Trois fois par jour, frictionner les mains avec ce liquide, afin de faire cesser la transpiration exagérée. — N. G.

COURRIER

Le jury pour le concours de l'externat des hôpitaux de Paris est composé de MM. Brun, Doléris, Galliard, Petit, Potherat, Richardière et Thibierge.

— L'ouverture du concours pour les bourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le mardi 27 octobre 1891. Les registres d'inscription seront clos le mardi 29 octobre, à quatre heures.

Seront admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire, prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878. Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicale;

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie;

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note « bien » la première partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie;

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note « bien » la seconde partie du deuxième examen probatoire. L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe.

Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, qui ont subi chacun de ces examens avec la note « bien », peuvent obtenir, sans concours, une bourse de première année.

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 20 septembre 1891, M. le docteur en médecine Gallois, membre du Conseil général de la Marne, maire de Rilly-la-Montagne, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

École du service de santé de Bordeaux. — *Concours d'admission en 1891.* — Liste par ordre de mérite des élèves en médecine admis à cette Ecole.

1. MM. Ortholan, Bérard, Boyé, Judet de la Combe, Dargein, Lépine, Autric, Merleaux-Ponty, Kérest, Triboudeau.

11. Savornin, Séguin, Marcourt, Talbot, Foutrein, Vassal (P.), Cassieu, Legendre, Vassal (J.), Micholet.

21. Béréni, Charnel, Tedeschi, Berger, Létinois, Pasquet, Abatucci, Tanvet, Olivier, Brau.

31. Gaide, Henric, Bresson, Chapuis, Ascornet, Buffon, Martinet, Chabaneix, Miquel et Chalibert.

Ces élèves devront être rendus à l'Ecole de Bordeaux, le 20 octobre 1891, à midi.

Origine chirurgicale du sobriquet pipelet donné aux concierges. — C'est dans les *Mystères de Paris* d'Eugène Sue que se trouve le type du concierge Pipelet, nom qui est resté à cette catégorie de fonctionnaires, mais ce que l'on sait moins, c'est que ce nom a fort probablement une origine chirurgicale; nous voyons en effet, dans le dernier numéro de l'*Intermédiaire des chercheurs et curieux*, que ce nom a été porté par trois générations de chirurgiens. Le premier Pipelet était membre de l'Académie de chirurgie et chevalier de l'ordre de Saint-Michel; le dernier, Jean-Baptiste, est mort en 1823.

Eugène Sue, lui-même fils d'un chirurgien distingué, aura entendu dans son enfance son père prononcer le nom de son confrère Pipelet, c'est de là qu'il le retint et l'utilisa plus tard.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.
Membres du Comité :
LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Le traitement diététique du diabète sucré (1).

VI

Les régimes mixtes sont très nombreux, et il serait sans intérêt de les exposer tous. Il suffira de donner quelques indications sur ceux prescrits par les médecins les plus connus ; nous insisterons seulement sur la diététique la plus habituellement ordonnée en France.

Seegen accorde à ses malades toutes les viandes, tous les poissons, toutes les graisses. Il permet un grand nombre de végétaux : salades, endives, concombres, asperges, artichauts, champignons. On doit se restreindre dans l'usage des choux-fleurs, des carottes, des haricots verts, des navets, des fraises et des amandes. Les pommes de terre, le riz, les raisins, les fruits doux, etc., sont interdits. Comme boisson, le malade doit faire usage d'eau bicarbonatée sodique, de vins qui ne soient ni doux, ni très alcooliques.

Le régime de Senator se rapproche du précédent ; il défend le miel et les raisins.

Frerichs prescrit à ses malades de prendre une petite quantité de pain ; les boissons doivent être la bière et le vin rouge pris avec modération.

During accorde beaucoup plus d'hydrocarbonés que la plupart des auteurs. C'est ainsi qu'il permet du café au lait non sucré, du pain blanc rassis des compotes, des pommes, des cerises.

Le régime prescrit par Naunyn est connu de nos lecteurs ; nous rappellerons seulement qu'il commence par mettre ses malades à la diète carnée absolue, afin de voir si le régime peut suffire pour faire disparaître la glycosurie. Si la réaction de l'acide diacétique apparaît, il suspend ou atténue la diète. Toujours, après quelques semaines, il accorde plus ou moins rapidement, selon les cas, un peu de lait, un peu de pain, des œufs. De nouveaux aliments ne sont accordés que si le sucre ne reparaît pas. Dans les cas légers, Naunyn accorde de 40 à 100 grammes de pain, un pomme crue ou de la salade.

Schnée (de Carlsbad) recommande les aliments fortifiants et reconstituants dépourvus d'acide, l'usage des calmants, l'abstinence du vin échauffant, tous les aliments dépourvus de fécule, qu'ils soient d'origine animale ou végétale.

En France, depuis Bouchardat, dont le traitement diététique est juste-

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 8 et 10 octobre 1891.

ment célèbre, on prescrit toujours un régime mixte, par lequel, tout en s'attachant à éloigner le plus possible les aliments capables de former du sucre, on cherche à soutenir les forces du malade et à maintenir les organes digestifs en bon état.

A l'exemple de M. Dujardin-Beaumetz, il convient, pour bien fixer les idées sur ce qui est permis et ce qui est défendu, de passer successivement en revue : les potages, les viandes, les légumes et les desserts.

Potages. — Permis : Tous les potages gras, le potage aux choux, les juliennes sans navets ni carottes; les potages aux poireaux et pommes de terre.

Défendus : Bouillies, panades, potages aux pois cassés, aux pâtes, surtout aux pâtes dites de gluten, au lait.

Viandes. — Toutes permises, aussi bien les viandes de boucherie, les volailles et le gibier, que les mollusques et les crustacés. Ne pas employer les sauces à la farine, au lait, à la crème, ni les poissons frits dans la pâte.

Aliments gras, tous autorisés. Il en est de même des œufs (surtout le blanc) (Caviar).

Légumes. — Ils sont surtout utiles, parce qu'ils introduisent la potasse dans l'alimentation. On fera bien de les blanchir à grande eau.

Permis : Epinards, choux (défendus par Pavy), céleri, haricots verts, pissenlits, salades.

Défendus : Betteraves, oseille, tomates, carotes, navets, radis, sauf le noir. Huxley a reconnu sur lui-même que les asperges occasionnent une glycosurie passagère.

Très peu d'oignons, de pruneaux et d'artichauts cuits (Dujardin-Beaumetz); quelquefois, le cresson fait augmenter la glycosurie (Sénac).

Desserts. — Permis : Les fromages, olives, noix, amandes, chocolat sans sucre, cacao torréfié.

Défendus : Tous les fruits très sucrés, sauf peut-être les groseilles ; les pâtisseries, les châtaignes.

Naunyn permet les poires et les pommes qui renferment de la lévulose; il en est de même de Grellety, qui autorise une pomme ou une moitié de poire.

Duhomme (1) a beaucoup insisté sur un fait qu'il est, du reste, facile de vérifier cliniquement (Sénac). D'après lui, il n'y a pas de règle absolue dans les prescriptions alimentaires, et on ne peut se baser sur la teneur en sucre ou en amidon d'un aliment quelconque pour le défendre ou le permettre d'une façon absolue. Pour lui, par exemple, le pain de gluten, avec plus de fécule que la pomme de terre, fournit moins de sucre. Il n'y a pas, au point de vue du régime, deux diabétiques qui se ressemblent, et tel malade qui, mangeant le matin, à jeun, une grappe de raisin, rend beaucoup de sucre, en élimine beaucoup moins quand il la prend dans la journée après son repas. Le riz ne produit pas de sucre chez tous les malades, et M. Duhomme connaît un ménage de diabétiques dans lequel le mari et la femme ne peuvent prendre le même pain de gluten. M. Dujardin-Beaumetz a insisté sur un fait du même genre : On ne peut pas, chez un grand nombre de diabétiques, augmenter indéfiniment la production du sucre si, par exemple, le malade, avec l'alimentation animale, rend 150 grammes de sucre par jour, un régime exclusivement féculent n'augmentera que peu cette quan-

(1) Société de thérapeutique, mars, avril 1891.

tité ou même ne la fera pas varier. Les remarques de M. Duhomme sont exactes, mais on peut admettre qu'il s'agit de cas un peu exceptionnels et que, jusqu'à une certaine limite, les diabétiques rendent d'autant plus de sucre qu'ils prennent plus d'hydrocarbures.

Quel que soit le régime qu'il suive, le diabétique ne devra jamais oublier qu'il doit mâcher ses aliments avec le plus grand soin, afin de faciliter le plus possible la digestion; cette prescription est quelquefois difficile à suivre par le malade à cause du mauvais état si fréquent de sa dentition; l'hygiène de la bouche a du reste, chez les diabétiques, beaucoup d'importance, et ils doivent faire usage, après chaque repas, de gargarismes antiseptiques. D'autre part, il faut veiller soigneusement à ce que la quantité des aliments ne soit pas trop considérable, afin de ménager les forces digestives.

VII

Comment appliquer aux cas particuliers les indications générales du régime?

Après avoir rappelé cet aphorisme de Bouchardat, à savoir : que chacun fait son diabète à sa façon; M. Dujardin-Beaumetz indique de la manière suivante la conduite à tenir : Au début du traitement, le malade devra suivre le régime avec toute sa rigueur au moins pendant un mois. Cela permettra de reconnaître si ce régime peut faire disparaître le sucre; si, au contraire, il laisse persister une glycosurie légère, si enfin la diète est impuissante. Dans le premier cas, le malade doit suivre un régime plus ou moins mitigé; des analyses fréquentes d'urine permettront de parer aux erreurs d'alimentation; l'absence de soucis, l'exercice seront de puissants adjuvants de la diététique. La sévérité doit être très grande quand on trouve toujours une certaine quantité de sucre dans l'urine, 10 à 12 gr.; les légumes devront cependant entrer pour une large part dans l'alimentation. Enfin, dans la forme grave, quand, malgré tout, les malades rendent 150, 200 grammes et plus de sucre par jour, la rigueur n'est plus de mise, car il faut avant tout éviter que le diabétique refuse de manger et fasse de l'autophagisme.

Le professeur Hayem conseille de commencer par le régime de Bouchardat; si l'on échoue ou si la glycosurie ne diminue que fort peu, on recourra au régime de Cantani pendant quinze jours à trois semaines pour y revenir de temps à autre s'il réussit, en maintenant les malades au régime de Bouchardat dans l'intervalle. Ce dernier ne peut faire disparaître le sucre que dans les cas légers. Même quand on ne peut obtenir qu'une diminution du sucre, on est forcé de mitiger la rigueur du régime au bout d'un certain temps. Si l'amélioration est grande, ou la guérison en apparence complète, on devra, deux ou trois fois l'an, revenir au régime pendant deux ou trois semaines; pour le professeur Hayem, c'est dans la forme chronique récente que l'on obtient les meilleurs résultats.

La diététique du professeur Bouchard est basée sur sa conception pathogénique de la maladie. Il proscrit dans les générateurs du glycogène ceux qui n'ont pas d'autre rôle, l'amidon, la dextrine, les sucres, et garde la graisse, la glycérine, la gélatine et la protéine. En interdisant tous les sucres, on favorise la combustion de celui qui se forme avec cette alimentation. Parmi les aliments, on choisit ceux qui peuvent être brûlés sans passer à l'état de sucre, qu'ils soient ou non générateurs de glycogène :

viandes, poissons, œufs, fromages, beurre, gélatine, glycérine, acides, tous les fruits, sauf le raisin. Les diabétiques doivent boire quand ils en éprouvent le besoin, car beaucoup d'eau est nécessaire au sucre pour s'éliminer, et il faut éviter que cette eau ne soit empruntée aux tissus, mais l'alcool sera interdit, et c'est l'eau fraîche qui devra être la boisson par excellence; on pourra aussi faire usage de certaines eaux minérales diurétiques.

Peut-on résumer rapidement, d'après l'ensemble des recherches que nous avons exposées, le traitement diététique du diabétique? Il nous semble que oui. On devra, en premier lieu, réduire brusquement au minimum l'alimentation hydrocarbonée, tout en faisant attention à l'idiosyncrasie des malades; il n'y aura donc que de grandes règles générales, les prescriptions de détail étant sujettes à variation, selon les cas. On a vu, en effet, que, si certains aliments sont défendus par l'immense majorité des médecins, il en est d'autres sur lesquels les opinions varient, ce qui tient évidemment aux dispositions individuelles des malades. Tout en se montrant fort prudent, le médecin peut donc tâter la susceptibilité de chaque diabétique pour le lait, certains fruits, certains légumes qui lui permettront de varier le régime. Celui-ci devra toujours être strict au début et on se conformera exactement aux règles tracées par Bouchardat, afin de voir si le sucre peut complètement disparaître. Ce résultat obtenu, tantôt il sera possible, après plus ou moins longtemps, de se rapprocher du régime ordinaire, certains aliments devant du reste être considérés comme définitivement interdits (pâtisseries, sucreries, etc.), tantôt, au contraire, l'usage des aliments hydrocarbonés sera aussitôt suivi de la réapparition de la glycosurie et le malade devra toujours s'en abstenir. Si, avec le régime le plus sévère, il persiste un peu de glycosurie, on pourra essayer avec prudence le régime de Cantani en surveillant de près les urines, afin de s'arrêter si la réaction rouge par le perchlorure de fer apparaît; souvent, on réussit à obtenir la disparition du sucre que ne ramène pas alors le régime de Bouchardat, bien plus facile à suivre. Si, enfin, le régime de Cantani lui-même n'améliore que peu la glycosurie ou même ne l'influence pas, il faudra se départir de la sévérité habituelle et chercher, avant tout, à faire manger le malade, à maintenir sa nutrition générale dans le meilleur état possible. Lorsque l'on aura obtenu la disparition ou une grande diminution de la glycosurie, il ne faudra jamais accorder d'aliments nouveaux sans surveiller les urines et tâtonner avec patience, de manière à savoir ce qui convient le mieux à chaque malade. Même quand le sucre ne réapparaît pas dans les urines avec une alimentation à peu près normale, M. Sénac conseille de revenir de temps à autre au régime de Bouchardat.

Le traitement diététique du diabète doit être complété par un traitement hygiénique général dont la base est l'exercice, auquel Bouchardat accordait la plus grande importance. La marche, l'escrime, le jardinage, la gymnastique ou un exercice sur place, tel que la menuiserie, conviennent aux diabétiques vigoureux, à nutrition générale bonne; si la maladie est ancienne, si surtout il y a de l'azoturie et des sueurs abondantes, il ne faudra prescrire ces modificateurs hygiéniques qu'avec la plus grande prudence, souvent alors il sont plutôt nuisibles qu'utiles.

Les bains, les lotions froides, l'hydrothérapie, le séjour au grand air, sont des adjuvants fort utiles.

Quelquefois, malgré un régime convenable et sans qu'il fasse d'infraction

à son régime, le diabétique voit le sucre réapparaître ou augmenter dans les urines. Cela tient, dans la grande majorité des cas, à ce qu'il y a surmenage du système nerveux, travaux, chagrins ou émotions; l'hygiène morale doit donc, elle aussi, être surveillée.

VIII

Les personnes que leur constitution ou l'hérédité prédispose au diabète doivent-elles suivre un régime spécial ou, en d'autres termes, l'alimentation a-t-elle une influence sur la production du diabète.

M. Bouchard accorde une grande importance étiologique à l'*alimentation surabondante*; 45 p. 100 de ces diabétiques mangeaient au delà de leurs besoins, absorbaient trop de viandes, de graisses, d'alcool. Beaucoup d'auteurs ont incriminé l'usage abusif des aliments hydrocarbonés. A Ceylan, d'après Christie, l'alimentation est exclusivement végétale et le diabète fréquent; Cantani croit que le diabète n'est fréquent dans le sud de l'Italie que parce que les habitants font une consommation exagérée de pâtes, de sirops, de fruits, etc. Kratschmer a incriminé la bière, d'autres le cidre ou le vin doux.

Pourtant il n'est pas prouvé que le diabète soit plus fréquent chez les paysans normands que chez ceux des autres provinces M. Bouchard a cité le cas de deux garçons pâtissiers qui se nourrirent pendant dix-huit jours de sucre en poudre; ils eurent des accident divers, mais ne devinrent pas glycosuriques.

En Auvergne, comme le fait remarquer M. Sénac, les femmes, qui se nourrissent de châtaignes et font de la dentelle, présentent rarement des cas de diabète. D'autre part, M. Dujardin-Beaumetz a montré qu'il était très difficile de rendre l'homme ou l'animal glycosurique; il a pu donner à des malades 300 grammes de glycose par jour sans voir ce corps apparaître dans l'urine, et il a vu qu'il fallait 30 grammes de glycose par kilogramme du poids du corps pour rendre le lapin glycosurique. D'autres expérimentateurs, cependant, ont fait apparaître le sucre dans les urines, en donnant, à jeun, du sirop de glucose. Peut-être l'alimentation n'agit-elle qu'en modifiant lentement la nutrition générale?

Quoiqu'il en soit, les sujets prédisposés au diabète ne doivent faire aucun excès de nourriture; ils doivent « manger pour vivre et non pas vivre pour manger. » Il faut éviter tout abus, aussi bien celui des aliments féculents ou sucrés que celui des graisses ou des viandes; ne prendre que fort peu d'alcool et activer la nutrition par l'exercice et les pratiques de l'hydrothérapie. C'est, en somme, l'hygiène de l'arthritique.

Paul Chéron.

REVUE DES CLINIQUES

Le traitement abortif de la syphilis, par M. le professeur Fournier (1). — Existe-t-il un traitement abortif de la syphilis? Peut-on garder quelque espoir de tuer, avant son éclosion, le bourgeon de la vérole? Des tentatives multipliées et rationnelles ont été faites dans ces derniers temps. Quel en a été le résultat?

(1) Résumé d'après la *Gazette des hôpitaux*.

Les tentatives de ce traitement de la syphilis sont fort anciennes. Jean de Vigo, en 1508, écrivait qu'il fallait, dans le mal français, détruire avant leur irradiation les pustules de la verge. Ricord a renouvelé ces tentatives et a échoué comme ses devanciers. Depuis, la théorie microbienne a rendu courage aux expérimentateurs en laissant l'espoir d'atteindre dès le début, le nid où prolifèreront les microbes. Voyons donc les résultats obtenus.

Toutes les méthodes du traitement abortif peuvent se classer en deux groupes, que j'appelerai : l'un, le « blocus » du chanvre; la deuxième, la destruction du chancre.

Dans le blocus du chancre, on veut cerner le mal par des frictions à la pommade mercurielle, des injections mercurielles ou iodées tout autour du point envahi. On a même proposé de couper tous les lymphatiques sur la circonférence de ce point. D'autres ont voulu agir sur les ganglions par des injections intra-ganglionnaires, par l'évidement et même par l'ablation. Ces méthodes, purement théoriques, ont été rejetées : la richesse du réseau lymphatique de la verge ou le nombre des ganglions inguinaux causaient la difficulté du succès.

La destruction du chancre a été tout d'abord tentée par les caustiques : fer rouge, caustique carbo-sulfurique de Ricord, pâte de Vienne. etc. Des tentatives ont même été faites avec le sublimé, dans l'espoir de joindre, à l'action caustique, l'action spécifique du sel mercuriel. Ces tentatives faites sur les chancres, même les plus récents, n'ont pas donné le moindre résultat favorable. Diday a cautérisé énergiquement des chancres datant seulement de trois jours, deux jours, un jour, la vérole est survenue intégralement, sans amélioration. Largiton Parker ne réussit pas mieux sur un chancre datant de deux heures. Berkeley Hill put enrayer une lésion locale en cautérisant une écorchure au prépuce, qu'un de ses amis s'était faite dans le coït avec une femme syphilitique; mais, quarante-huit jours après la roséole apparut.

L'excision, tentée autrefois, était à peu près oubliée, quand elle fut de nouveau essayée par Auspitz, qui, en 1877, en rapportait 33 cas avec quelques succès. Cruvelli, en 1887, en avait réuni 454 observations. Actuellement, le nombre des faits publiés s'élève à près de 600. C'est sur ces faits que nous allons porter notre discussion.

Tout d'abord, l'excision du chancre est une opération simple et sans gravité. Cette excision, faite primitivement avec les ciseaux, est pratiquée de préférence aujourd'hui avec le bistouri qui permet mieux d'extirper toute l'atmosphère péri-chancreuse. Il faut, suivant l'expression de M. Jullien, enlever le chancre complètement et aussi largement qu'une tumeur maligne. Une incision circulaire est tout d'abord faite à 1 centimètre au moins du pourtour de la surface envahie, puis le chancre étant soulevé au moyen d'un tenaculum, on le sépare par dissection des parties profondes. L'ablation faite, on pratique, pour plus de sécurité, le curetage de la plaie. C'est là l'opération la plus générale. Parfois la facilité d'enlever tout l'organe envahi, quand le chancre siège au prépuce, aux petites lèvres, conduit à une modification dont la technique opératoire est évidente. L'anesthésie locale par la cocaïne a été employée dans quelques cas; l'anesthésie par le chloroforme est préférable, pour ne pas être gêné par la douleur, dans l'éradication complète. En prenant les précautions d'antisepsie nécessaires, on n'a pas à craindre d'accidents locaux. L'hémorrhagie est facilement maîtrisée. La cicatrice est peu importante; il faut avouer, toutefois, que certains chirurgiens se font illusion en promettant une cicatrice tout à fait nulle. Le seul incident particulier à l'opération qui a été parfois signalé est la reproduction dans la cicatrice de l'induration chancreuse. Cette nouvelle induration a été, dans certaines observations, opérée à nouveau et suivie d'une nouvelle récidive. Cet incident local n'a d'ailleurs ni durée ni gravité.

Les résultats thérapeutiques sont bien difficiles à appécier. Un premier fait se dégage des statistiques. Les échecs sont bien plus nombreux que les succès. On trouve 162 succès pour 309 échecs dans la statistique de Cruvelli, 137 succès pour 447 échecs dans une statistique plus récente. On n'obtiendrait donc de résultat qu'une fois sur cinq environ.

Cette proportion serait encore très satisfaisante, si l'on était certain de la valeur des observations de succès publiées. Or, beaucoup d'entre elles sont, pour un critique impartial, plus que douteuses. Quelle valeur attribuer, par exemple, aux observations des médecins restés fidèles à la doctrine uniciste et se refusant à séparer le chancre induré

du chancre mou? D'autres observations où le chancre est survenu dix jours, huit jours, six jours, deux jours, un jour après le coït réfutent par elles-mêmes le diagnostic de chancre induré. La plus courte incubation connue pour ce chancre est, en effet, de treize jours, et cette courte durée est bien exceptionnelle, l'incubation classique étant de vingt-quatre à vingt-cinq jours. Dans d'autres encore, les malades n'ont été suivis que pendant un temps beaucoup trop court après l'opération. Dans d'autres, enfin, ils ont été soumis, aussitôt après l'intervention, au traitement mercuriel. En réalité, rien n'est plus difficile et plus aléatoire que le diagnostic d'un chancre au début, alors que l'induration et l'adénopathie manquent encore. Voici le moulage d'un chancre au quatrième jour, et vous pouvez voir combien la lésion est banale et sans caractère.

Une observation d'excision, suivie d'arrêt de la syphilis, devrait, pour être acceptée, remplir les quatre conditions suivantes : 1° examen de la forme suspecte, afin de s'assurer que l'opéré a été réellement exposé à la syphilis ; cette confrontation manque dans l'immense majorité des cas; 2° durée d'incubation classique; 3° observation complète et raisonnée décrivant les symptômes au lieu de ne donner qu'une simple affirmation et éliminant le chancre mou, l'herpès, les folliculites ulcéreuses, les syphilides chancriformes; 4° surveillance prolongée, sans traitement mercuriel ni ioduré. Un petit groupe de faits bien établis aurait alors plus de valeur que les 137 cas publiés.

Voulez-vous que nous discutions les meilleurs de ces cas? Thierry, sur 10 excisions, croit avoir eu 1 succès; mais, dans ce cas, il a donné d'emblée le mercure. M. Jullien, sur 15 cas, signale 3 succès possibles. Dans le premier, le malade a eu, vers le centième jour, des lésions suspectes aux amygdales, ce qui rend le succès au moins douteux. Dans le second, le malade a suivi un traitement par les pilules de sublimé ; de plus, son chancre, opéré au dix-neuvième jour, ne s'accompagnait d'aucune adénopathie, fait singulièrement contraire à toutes les notions acquises. Dans le troisième, il y eut, après l'excision, reproduction de l'induration, et, quelques temps après, ulcération chancriforme au voisinage du prépuce. Ces faits ne sauraient entraîner pleinement la conviction.

Je désire vous signaler deux autres objections. Dans les cinq cas où la confrontation a été faite, cas de Gibier, de Savigny, de Mauriac, de Rasori, et où le diagnostic devenait, par suite, certain, l'excision n'a donné que des insuccès. La précocité de l'excision n'a pas, non plus, été une garantie. Mauriac a excisé des chancres au bout de quarante-huit à cinquante-six heures, sans éviter la syphilis. Rasori rapporte un fait plus démonstratif encore. Un docteur en droit, peu de jours après avoir eu des rapports avec une femme, apprend que cette femme est syphilitique. Sur le conseil de Rasori, il se surveille minutieusement. Le vingt-huitième jour, il aperçoit sur la verge une érosion moins large qu'une tête d'épingle et qui remontait au plus à quelques heures. L'excision est faite. Quarante-huit jours après, la roséole apparaissait

Si ces effets abortifs restent douteux, l'excision peut-elle au moins diminuer la gravité de la syphilis? Les faits de syphilis bénigne observés après l'excision, ne sauraient rien prouver, puisque la vérole est sans gravité dix-neuf fois sur vingt. D'autre part, on a signalé des accidents graves, syphilides ulcéreuses, supra-syphilitiques, nécroses des maxillaires, gommes testiculaires, paraplégies précoces, albuminurie chez les malades ayant subi l'excision.

En résumé, donc, l'efficacité, soit abortive, soit palliative de l'excision, reste douteuse. Les faits publiés permettent déjà d'établir une contre-indication absolue. Exciser dans tous les cas où il y a déjà induration et adénopathie est inutile ; faites à cette période, les opérations n'ont pas donné un seul succès. En revanche, sur les chancres jeunes, on peut et doit, pour ne pas refuser au malade la moindre chance d'échapper à la vérole, tenter l'excision. Si vous le faites, souvenez-vous des conditions que doit rappeler votre observation pour être démonstrative, afin d'avoir, en cas de succès, la double satisfaction d'avoir certainement rendu service à votre malade et fourni un document scientifique indiscutable.

REVUE DES JOURNAUX

Le thymol-acétate de mercure dans la tuberculose, par M. Tranfen (*Annuaire de thérapeutique*). — L'auteur, médecin militaire de Bulgarie, indique un nouveau traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intra-musculaires de thymol-acétate de mercure. On mélange 3 parties de ce composé avec 40 de paraffine liquide et on fait tous les sept ou dix jours une injection de 15 gouttes.

Après la seconde ou troisième injection, s'il y a de la fièvre, on administre, trois fois par jour, 40 centigrammes d'iodure de potassium. Cent onze injections ont été pratiquées dans 52 cas. Dans 2 cas, il se produisait de la stomatite. Dans les autres, les malades accusèrent une douleur très vive au lieu de la piqûre; pas d'autres complications.

Dans la phthisie commençante, ces injections procurent une amélioration sérieuse, sans qu'on observe d'effets fâcheux dans les cas graves.

Toutefois, Ewald, dans la clinique duquel ont été faites ces expériences, tout en admettant que les résultats aient été aussi favorables qu'avec toute autre méthode, met en garde contre l'engouement pour ce nouveau mode de traitement. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 octobre 1891. — Présidence de M. Regnauld.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de candidature de M. Glénard;

2° Une observation de diabète guéri par un traumatisme, par M. le docteur Charmaux.

L'atténuation de l'infection paludéenne. — Pour M. Treille, l'infection paludéenne s'atténue et cette atténuation est spontanée ou acquise. La fièvre quarte indique une intoxication moins profonde; elle n'est pas fixe et succède souvent à des fièvres quotidiennes ou tierces. D'autre part, quand elle existe d'emblée et qu'on la traite, les rechutes revêtent le type quotidien ou tierce; elle peut, du reste, revenir ensuite. Une fièvre tierce devient quotidienne et tend finalement vers le type quarte.

La température dans les fièvres paludéennes revêt des aspects différents. Souvent un accès fort est suivi d'un accès faible; c'est là un indice du retour à la quotidienne et l'explication des doubles tierces, doubles quartes à allures différentes. D'autres fois, les accès sont faibles et égaux, ou bien il y a une série d'accès progressivement plus forts, à laquelle succède une série d'accès décroissants d'intensité. Enfin, il arrive parfois qu'un accès fort est suivi d'une apyrexie plus ou moins longue ou bien qu'à l'accès fort qui survient d'emblée succèdent des accès atténués. Très souvent le type change après les périodes d'apyrexie.

Le type quotidien est primitif et le microbe s'atténue.

M. Treille n'a pu trouver dans le sang de ses malades les organismes décrits par d'autres auteurs. Il ne faut pas oublier qu'on peut les rencontrer dans d'autres maladies, telles que la grippe, et que les hématies dégénérées peuvent prêter à la confusion.

Le sulfate de quinine doit être donné au début même de l'accès. Le traitement préventif consiste à n'administrer le médicament que les jours de rechute probable; enfin, on donne le traitement arsenical, très efficace, on alimente le malade du mieux possible, et le sulfate de quinine n'est employé qu'au moment où se produit l'accès de rechute.

M. Semmola (de Naples) rappelle que M. A. Dominicis a présenté, il y a déjà un an, à l'Académie des sciences de Naples, de nombreux chiens rendus diabétiques par l'extirpation du pancréas.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE (1)

(1er SEMESTRE 1891)

Le traitement des pleurésies purulentes. — Cette question a été l'objet d'une discussion fort intéressante qui se trouve résumée dans un mémoire lu par M. FERNET et dont nous analysons les principaux passages.

Plusieurs membres de la Société ont discuté sur la nécessité plus ou moins grande d'un diagnostic complet avant l'opération. M. Constantin Paul a insisté sur les avantages de la ponction exploratrice préalable, qui permet d'être assuré de l'existence du pus dans la plèvre et de sa présence dans la zone même où l'on doit pratiquer l'empyème. Sur ce point, tout le monde est d'accord et c'est une règle de conduite générale de faire, avant l'intervention chirurgicale, une ponction exploratrice, plusieurs s'il en est besoin, pour fixer des parties douteuses du diagnostic. Ces ponctions sont inoffensives si la peau qu'on va ponctionner et l'aiguille qui doit plonger dans la poitrine sont bien aseptiques.

Faut-il, en outre, avant de pratiquer l'empyème, attendre que les caractères cliniques et que l'examen bactériologique aient pu déterminer quelle est l'espèce de pleurésie purulente qu'on a à traiter? D'après M. Bucquoy, cela serait inutile, et la pleurotomie s'imposerait dès qu'on a constaté la présence du pus dans la plèvre. Mais cette indication absolue a paru trop exclusive à plusieurs des membres de la Société ; ainsi, M. Moutard-Martin, qu'on ne saurait assurément pas ranger parmi ceux qui redoutent l'opération de l'empyème, pense qu'il y a des cas de pleurésie suraiguë où il faut une intervention hâtive et où, cependant, la ponction seule peut suffire, et il en a signalé des exemples : Dans ces cas, la nécessité d'opérer plus complètement ne s'impose, d'après M. Moutard-Martin, que lorsque le pus se reproduit. M. Labbé a dit avoir observé trois faits analogues. Ne sait-on pas maintenant, de connaissance certaine, qu'il y a, non une pleurésie purulente constituant une unité pathologique, mais des pleurésies purulentes constituant des espèces particulières, ayant chacune leurs causes, leurs caractères cliniques, leur évolution, leur pronostic, et comportant des indications thérapeutiques différentes? A ce titre, il faut distinguer, dès maintenant, les pleurésies purulentes à pneumocoques, celles à streptocoques, celles à staphylocoques, etc. Or, parmi ces différentes espèces de pleurésies purulentes, il en est qui peuvent guérir sans une intervention aussi sérieuse que la pleurotomie ; pour les pleurésies pneumococciques, par exemple, certains auteurs ont conseillé de les abandonner à elles-mêmes et d'attendre l'évacuation spontanée de l'épanchement par une vomique ; mais, si l'on craint les risques qu'entraîne cette pratique expectante, on peut vider la plèvre par une simple ponction, qui suffit souvent en pareille circonstance, ainsi que l'a parfaitement établi Netter. On peut surtout espérer la guérison avec beaucoup plus de chances, si l'on fait suivre la ponction d'un lavage antiseptique de la plèvre.

M. Fernet croit donc pouvoir conclure, sur ce premier point relatif aux avantages qu'il y a à disposer d'un diagnostic complet, par les propositions suivantes : il est nécessaire d'assurer le diagnostic de l'existence d'une pleurésie purulente par une ponction exploratrice. Lorsque l'existence d'une pleurésie purulente est ainsi établie, il est très avantageux d'en déterminer l'espèce en s'appuyant sur les données étiologiques et cliniques, surtout en se fondant sur les caractères bactériologiques ; car de cette détermination résulte l'indication thérapeutique qui sera, suivant les cas : soit la ponction simple ou suivie d'une injection antiseptique, soit l'opération de la pleurotomie.

Depuis le travail si important de M. Moutard-Martin sur la pleurotomie, un grand progrès a été réalisé, progrès considérable au point de vue de l'opération : l'application de la méthode antiseptique pendant l'opération et pendant les soins consécutifs.

M. Dujardin-Beaumetz a signalé les différences que présentaient les résultats de l'opération suivant l'âge des malades, suivant l'ancienneté de la maladie, etc. A ce dernier point de vue, il a insisté, de nouveau, sur les avantages qu'il y avait à ouvrir le thorax de bonne heure.

---

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

M. Constantin Paul a fait connaître, à propos de l'opération elle-même, certaines modifications qu'il a apportées, et dans les explorations préalables, et dans le manuel opératoire, et surtout dans le dispositif des tubes destinés à assurer l'écoulement des liquides après l'opération. Il se sert de très longs tubes qui peuvent plonger dans un flacon placé à côté du malade pour permettre l'issue continue du pus par le mécanisme du siphon. Ce procédé mixte, qui tient à la fois de la pleurotomie et du procédé des tubes de Potain, de Playfair, d'Immermann, etc., procédé recommandé encore au dernier Congrès de Vienne par quelques médecins, aurait donné à M. Constantin Paul des résultats satisfaisants.

Il faut insister sur l'application de la méthode à l'opération elle-même et aux soins consécutifs, sur la pratique des lavages et enfin sur les pansements.

Relativement aux avantages d'une antisepsie rigoureuse pendant l'opération et après l'opération jusqu'à la guérison complète, tout le monde est tombé d'accord. Personne n'ignore que les résultats fournis par la pleurotomie se sont améliorés dans une proportion énorme depuis l'application de la méthode antiseptique; et à mesure que, enhardis par le succès, les médecins se sont décidés à pratiquer l'opération de bonne heure, les guérisons sont devenues plus sûres et plus rapides. Tout l'excellent ouvrage de Bouveret est un plaidoyer victorieux en faveur de la thoracotomie précoce et antiseptique, et cette cause paraît, pour le moment, jugée d'une façon définitive.

Mais la mesure dans laquelle cette antisepsie doit être employée reste sujette à quelques contestations, du moins sur un point, un seul, celui qui concerne l'avantage qu'il y a à faire suivre l'ouverture du thorax d'un lavage antiseptique de la cavité pleurale. M. Bucquoy avait déclaré ce lavage inutile et en avait conclu qu'il valait mieux ne pas le faire.

M. Fernet avait, dans sa communication, cherché à établir que le lavage après l'opération paraissait rationnel, et, s'appuyant sur les statistiques fournies par Bouveret, avait montré que les faits lui sont favorables, c'est-à-dire que la guérison est encore plus prompte quand on la pratique que quand on s'abstient. M. Dujardin-Beaumetz paraît hésitant; il a dit d'abord qu'il pense, comme Bucquoy, que, dans les cas ordinaires, l'abstention complète est préférable, et qu'ayant obtenu les mêmes résultats en faisant ou ne faisant pas de lavages, il s'est décidé à garder l'expectative; puis, revenant plus tard sur cette proposition, il a déclaré qu'il faisait généralement ce lavage qui suffit, ajoute-t-il, dans la plupart des cas. Prenant même à son tour l'offensive contre M. Bucquoy, il lui demande pour quel motif il n'est pas partisan de ce lavage unique. A cela, M. Bucquoy répond encore, comme il l'a déjà fait, que la raison de son abstention est qu'on assure la guérison à peu près dans les mêmes délais en pratiquant ou ne pratiquant pas de lavage; que, du moment que cette intervention lui semble à peu près inutile, il est naturel qu'il n'y ait pas recours, qu'il persiste donc à penser que, dans la plupart des cas, il n'est pas nécessaire de laver. Cependant, M. Bucquoy est loin d'être absolu dans ses conclusions : il déclare qu'il n'a pas de parti pris sur ce point; il reconnaît que le lavage immédiat après l'opération paraît logique; il reconnaît même que les observations rassemblées par M. Bouveret semblent établir qu'avec ce lavage la guérison est plus prompte. On voit donc qu'il n'y a, suivant l'expression même de M. Bucquoy, que des désaccords de peu d'importance qui n'empêchent pas de s'entendre sur les principes essentiels du traitement de la pleurésie purulente.

Cependant M. Fernet croit que, pour qui a vu, dans un certain nombre de cas, toute trace de suppuration disparaître après un seul lavage et l'écoulement de pus faire place immédiatement à un suintement séreux peu abondant, qui se tarit après peu de jours par l'accolement des deux feuillets pleuraux et la fermeture de la plaie, il reste acquis que l'antisepsie de la plèvre par le lavage n'a pas été étrangère à ce résultat satisfaisant, et, qu'en somme, ce lavage, qui est sans inconvénient quand il est bien fait, a, sur l'abstention, le double avantage de donner plus de chances de guérison, même quand la plèvre reste encore infectée, et aussi de donner une guérison plus rapide. M. Fernet croit enfin pouvoir tirer un nouvel argument en faveur du lavage de ce qu'il a observé de son efficacité dans les cas de pleurésie purulente qu'il a cru pouvoir traiter par la simple ponction avec lavage ou injection antiseptique, comme dans les exemples qu'il a antérieurement rapportés.

Pratiquées comme traitement systématique après l'opération sans indication formelle, les injections répétées paraissent nuisibles et retardent la guérison; il faut donc les rejeter, mais en ajoutant : à moins d'indications spéciales. Or, sur ce sujet des indications spéciales, M. Fernet n'est pas en complète communauté d'idées avec ses collègues. M. Bucquoy, par exemple, ne répète le lavage que si le pus qui s'écoule de la plèvre prend un caractère putride et s'il sent mauvais. Pour sa part, M. Fernet trouve cette proposition trop étroite et pense qu'on doit l'étendre en disant qu'il faut laver quand on observe dans la plèvre des caractères persistants d'infection. Or, la putridité n'est qu'une des variétés de l'infection; il y en a d'autses variétés qui ne sentent pas mauvais et n'en sont pas moins dangereuses; tant que la plèvre continue de suppurer, c'est que l'infection persiste; si l'on voit la suppuration reparaître ou devenir plus abondante, on peut en conclure que l'infection n'est pas suffisamment combattue. Le retour de la fièvre, après qu'elle avait cessé, peut encore tenir à la même cause, à moins qu'il ne soit dû au développement de quelque nouvelle manifestation de l'infection ailleurs que dans la plèvre. Dans les conditions que je viens d'énumèrer, l'indication du lavage se présente ordinairement, et l'on peut être obligé, contre son gré, de le renouveler un certoin nombre de fois tant que l'infection pleurale résiste aux moyens qu'on lui oppose et jusqu'à ce qu'elle soit enfin dominée.

Reste enfin la question des pansements dont M. Fernet ne dira que quelques mots, car les règles qui doivent guider dans leurs applications ne paraissent guère discutables. Que ces pansements doivent être faits avec les plus grandes précautions antiseptiques, cela est bien entendu et personne n'y contredit. Mais faut-il faire des pansements fréquents ou des pansements rares? A cette question, on ne peut faire qu'une réponse : « Cela dépend. » Le renouvellement du pansement a ses indications, comme la pratique des lavages : il faut, après la pleurotomie, que la plèvre et la plaie soient autant que possible aseptiques et que l'écoulement des liquides formés dans la cavité pleurale soit assuré d'une façon suffisante. La première condition est réalisée par l'application directe des substances antiseptiques à la surface de la plaie et par l'enveloppement très étendu du thorax avec la gaze et le coton hydrophile également antiseptiques; la seconde condition est remplie par l'introduction dans la plèvre d'un ou plusieurs drains de gros calibre dont on constate la perméabilité à chaque pansement.

L'antisepsie et l'écoulement des liquides étant ainsi établis, il est démontré par l'expérience qu'il y a avantage à laisser le pansement en place aussi longtemps que ces deux conditions fondamentales demeurent remplies; et lorsqu'elles le sont à satisfaction, le pansement peut n'être renouvelé que tous les quatre, cinq, six jours; la réparation n'en sera que plus rapide. Sans doute on ne pourra guère laisser un aussi long intervalle pour les premiers pansements; mais, dès qu'on s'est assuré que la plèvre ne fournit qu'un liquide séreux peu abondant, et tant qu'on constate que le pansement n'est pas souillé et que le malade est sans fièvre avec un état général satisfaisant, alors il vaut mieux ne recourir qu'à des pansements rares.

Il ne paraît donc pas possible de fixer par avance les délais dans lesquels les pansements doivent être renouvelés; on ne peut qu'indiquer des moyennes; car, en réalité, les intervalles des pansements doivent varier suivant les circonstances.

COURRIER

Distinction honorifique. — M. le docteur Vilpelle père (de Meaux), médecin du lycée, est nommé officier d'Académie.

Faculté de médecine de Paris. — *Année scolaire 1891-92* (semestre d'hiver). — *Travaux pratiques* (1re année). — Les travaux pratiques de physique, de chimie et d'histoire naturelle commenceront à partir du lundi 9 novembre 1891. Ils auront lieu, pendant le 1er semestre 1891-92, aux jours et heures ci-après désignés, à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine :

1° *Physique*. — Lundi, mercredi, vendredi, de quatre heures à six heures du soir.

2° *Chimie.* — Mardi, jeudi, samedi, de huit à dix heures et demie du matin.

3° *Histoire naturelle.* — Lundi, mercredi, vendredi, de neuf à onze heures du matin. (Pour les travaux pratiques d'histoire naturelle, deux séries d'exercices seront organisées.)

Des lettres de convocation seront adressées au domicile de MM. les étudiants.

Exercices de dissection, sous la direction de M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques.

1° *Ostéologie.* — Les élèves de seconde année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen d'ostéologie. Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), de midi à trois heures. Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 19 octobre.

2° *Dissection.* — Les pavillons de dissection seront ouverts, à partir de lundi 9 novembre, tous les jours, de midi à quatre heures. Les prosecteurs, chefs de pavillon, et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon.

a) Les étudiants de 1re année ne prennent point part aux travaux anatomiques.

b) Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de deuxième et troisième années ; les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué deux semestres d'hiver complets.

c) Pour les autres étudiants et les docteurs, les exercices de dissection sont facultifs. S'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en série sera faite dans l'ordre suivant : 1° Elèves obligés, deuxième et troisième années [suivant la date de la prise de l'inscription trimestrielle (cinquième ou neuvième)]. 2° Elèves non obligés et docteurs. L'entrée des pavillons de dissection est interdite à tout étudiant qui n'aurait pas été régulièrement convoqué, ou qui n'aurait pas acquitté les droits afférents à l'inscription trimestrielle. Des lettres de convocation seront adressées au domicile des élèves.

Médecine opératoire, sous la direction de M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques (cours d'automne). — M. le docteur Rieffel, prosecteur, assisté d'aides d'anatomie, fera, à partir du mardi 20 octobre 1891, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques. Ce cours ne pourra comprendre plus de 48 élèves. Il est spécialement destiné aux étudiants que les circonstances obligent à passer prochainement leur examen pratique de médecine opératoire. MM. les étudiants qui désirent suivre ce cours devront en faire la demande écrite (sur timbre de 0 fr. 60) au doyen de la Faculté, avant le lundi 12 octobre.

Nécrologie. — MM. les docteurs Lalesque, de la Teste; Cheneaux, de Morne-Rouge (Martinique); Siméon, de Dorgues (Var); Guillemin, de Sainte-Menehould; Guérin, de Grandpré; Ducor, d'Auch; Coste, de Langogne; Crouzat, de Grigny; Roque, de Juillac.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction
Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux
Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.
Membres du Comité :
LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Sur le traitement des fractures de la rotule

Par L.-G. Richelot.

Une discussion récente à la Société de chirurgie, à propos d'un rapport que j'ai fait sur une observation de M. Chaput, me donne l'occasion d'exposer en quelques mots les idées que je défends depuis longtemps sur le traitement des fractures de la rotule et sur les indications respectives de cet deux méthodes : 1° la suture des fragments; 2° l'immobilisation relative, avec mobilisation précoce et faradisation ou massage du triceps.

L'observation de M. Chaput a trait à une fracture de la rotule qui, avant d'être examinée par notre collègue, avait été immobilisée dans le plâtre pendant quarante jours; blessé le 18 mars, levé après cinquante-cinq jours, le malade avait marché dans un silicate jusqu'au mois d'octobre. Hâtons-nous de dire que ce traitement est aussi mauvais qu'il est classique, et que si on cherchait à obtenir à la fois la raideur et la faiblesse du membre, il ne faudrait pas procéder autrement.

M. Chaput examine le malade le 21 octobre et trouve une cuisse atrophiée, un écart de 3 centimètres, une flexion à peu près nulle. L'extension est satisfaisante et le talon se détache assez bien; cependant l'extension rectiligne ne peut être obtenue, à cause de l'insuffisance musculaire. Et l'auteur ajoute :

« Il était facile de constater que la flexion était arrêtée brusquement, comme par un obstacle subitement interposé; en même temps, le fragment supérieur était tout à coup immobilisé. Selon toute évidence, l'obstacle était dû à ce fragment. Il s'agissait donc d'une variété de pseudarthrose dans laquelle la flexion est gênée par le cal trop long qui tire perpendiculairement sur le fragment supérieur, au lieu de le tirer dans l'axe; aussi ce fragment s'applique-t-il à plat contre la face antérieure du fémur, et d'autant plus fortement que la flexion est plus énergique. Une autre considération non moins importante, c'est que le cul-de-sac sous-tricipital disparaît dans les fractures anciennes, et que les adhérences se prolongent à la face profonde du fragment supérieur; ces adhérences sont tellement solides qu'elles suffiraient à elles seules pour empêcher la flexion. »

Je partage l'avis de notre collègue sur le rôle des adhérences, et nullement sur la longueur du cal fibreux. Un cal de 3 centimètres n'est pas trop long pour attirer le fragment supérieur et le faire glisser sur le fémur, si ce fragment est mobile. Si, au contraire, il est adhérent, la flexion est

entravée, et cela d'autant plus que le cal fibreux, loin d'avoir une longueur exagérée, est court et inextensible. On voit souvent, en effet, que dans les premiers temps le genou est raide, parce que l'oblitération du cul-de-sac synovial et l'immobilité du fragment supérieur limitent provisoirement la flexion; mais, bientôt, par les efforts de la marche ou par un exercice méthodique, le cal se distend peu à peu, tandis que le fragment reste à sa place; l'écartement s'accentue, et à mesure que le cal s'allonge, la flexion augmente et s'achève. C'est là un fait clinique intéressant que j'ai maintes fois observé.

Les lésions constatées déterminèrent M. Chaput à faire une opération qu'il a le premier préconisé, l'ablation du fragment supérieur. Le 18 novembre 1889, il découvre ce fragment, incise verticalement le périoste, le décolle avec la rugine et extrait l'os de sa niche fibreuse sans que l'articulation soit ouverte. A la suite de cette intervention, les fonctions s'améliorent progressivement, avec les bains sulfureux, le massage, l'électricité, l'exercice du membre, et le 8 octobre 1890, quand l'opéré est montré à la Société de chirurgie, l'extension est vigoureuse et à peu près rectiligne, la flexion atteint l'angle droit; l'homme a repris son métier de camionneur, il porte de lourds fardeaux, marche facilement, monte et descend les escaliers comme tout le monde.

Je ferai remarquer que, par les traitements employés et par l'exercice du membre, l'extension est devenue « vigoureuse et à peu près rectiligne ». Et, cependant, l'écartement n'a pas diminué, il n'y a pas eu de rapprochement; bien au contraire, par l'ablation du fragment supérieur, il y a eu désunion plus complète.

« Si l'on me demande, dit l'auteur, pourquoi j'ai préféré l'ablation du fragment supérieur à la suture de la rotule, je répondrai que les deux opérations ont des indications très différentes, et que la suture s'adresse aux cas où il y a un écartement considérable des fragments *avec déchirure étendue des tissus fibreux latéraux*, lésions qui rendent l'extension presque impossible.

« Au contraire, quand la flexion est gênée, il faut recourir à l'ablation des fragments osseux qui entravent les fonctions du membre. »

Les conclusions de M. Chaput me paraissent justifiées; mais, en approuvant sa conduite, je ne voudrais nullement passer pour un adversaire systématique de la suture de la rotule. Seulement, quand certains de nos collègues la préconisent d'une façon presque générale et lui font gloire de certaines restaurations fonctionnelles assez rapides, j'estime qu'il y a, dans leur mode de traitement, deux éléments qu'on aurait tort de confondre : 1° le rapprochement des fragments par la suture; 2° le parti pris d'immobiliser très peu. Ces deux éléments ont, à mon avis, une valeur très inégale. Dans la méthode ancienne, on immobilisait à outrance, pendant quarante, cinquante et soixante jours, et le malade sortait de son appareil avec un genou raide et un triceps impotent. Voilà ce que nous évitons aujourd'hui, et voilà pourquoi nos résultats sont meilleurs: mais il ne faut pas attribuer à la suture ce qui revient surtout à la mobilisation.

J'ai le souvenir d'un malade présenté par M. Kirmisson le 27 mars 1889, qui avait, après suture, un cal fibreux et des fragments écartés. L'opéré marchait bien, avec un membre fort et un genou mobile; mais le but de

l'opération, qui est d'obtenir le contact parfait, n'était pas atteint. Si donc il marchait bien, ce n'est pas à la suture qu'il le devait.

Je ne veux pas rappeler les faits très nombreux sur lesquels j'ai appelé l'attention (1), et qui démontrent que l'écart des fragments, la désinsertion du droit antérieur, n'est pas la cause ordinaire de l'impuissance du membre : écarts nuls ou très minimes coïncidant avec des fonctions abolies, parce que l'atrophie musculaire est considérable; écarts énormes avec de bonnes fonctions, parce que l'atrophie musculaire est insignifiante ou guérie. Mais un type surtout m'a frappé, et je l'ai vu bien des fois : un homme encore jeune se fracture la rotule; il est mis classiquement dans un appareil, y reste longtemps, et en sort avec un cal fibreux très serré, un genou raide et un muscle affaibli. Il marche d'abord très mal; mais comme il est jeune, peu à peu les mouvements reparaissent et la raideur diminue. A mesure que la flexion augmente, le cal fibreux s'allonge et les fragments s'écartent. La force revient, le muscle se répare physiologiquement, tout en restant plus mince. Enfin, il arrive un moment où la distance entre les fragments mesure jusqu'à 10 et 12 centimètres, et c'est alors que les fonctions du membre sont parfaitement rétablies, y compris souvent les « mouvements de luxe », comme disait Gosselin, c'est-à-dire l'extension active.

Ce fait, qui est loin d'être rare, ne prouve-t-il pas, mieux que tous les raisonnements, que le membre est guéri quand le muscle est bon et l'articulation mobile, et qu'il faut s'attacher bien plus à obtenir ce double résultat qu'à mettre les fragments au contact parfait?

Je trouve une démonstration nouvelle de cette vérité clinique dans un écho qui nous vient de l'étranger. Le 11 mai 1891, à la Réunion libre des chirurgiens de Berlin, Bergmann a présenté un malade opéré il y a deux ans pour une fracture de la rotule, et chez lequel on avait obtenu un cal fibreux solide. Peu à peu la cicatrice s'est allongée; aujourd'hui, elle mesure 11 centimètres; néanmoins, le malade se meut librement, marche et vaque à ses occupations. Le chirurgien berlinois attribue le bon état fonctionnel aux « faisceaux fibreux supplémentaires »; et Wolff, trouvant cette communication fort importante, s'avise de penser que les fonctions de la jambe ne dépendent pas seulement de la solidité de la cicatrice, comme on le croit « depuis les travaux de Bruns »; et Kœhler dit avoir observé un malade chez qui les deux fragments, restés désunis, permettaient de sentir les condyles à travers la peau, et qui cependant pouvait marcher et monter sur une chaise.

Ainsi, les Allemands sont en train de découvrir aujourd'hui ce que nous avons établi en France depuis plusieurs années.

Il faut donc, à mon avis, pour bien traiter les *fractures simples* de la rotule, les fractures à petits écartements primitifs, mettre en œuvre, avant tout, les moyens qui préviennent l'ankylose et l'atrophie musculaire : absence d'immobilité complète, mobilisation précoce, massage, électricité. Quant aux fragments, il est inutile de s'acharner à les maintenir par des bandelettes serrées ou des griffes.

D'autre part, il y a certainement des cas justiciables de l'arthrotomie et de la suture, sans parler des fractures avec plaie : tels sont les gros épanchements qui font craindre l'ankylose, certaines fractures itératives, et

(1) L.-G. Richelot : Sur l'état fonctionnel du membre inférieur à la suite des fractures transversales de la rotule. (*Union médicale*, 26 avril et 27 septembre 1885.)

surtout les déchirures latérales avec un écartement *primitif* considérable; car le grand écart, s'il est primitif, a généralement pour condition la déchirure latérale. J'ai déjà reconnu qu'une fracture de la rotule qui s'accompagne de large rupture des parties fibreuses n'est plus seulement une désinsertion du droit antérieur; c'est une véritable dislocation articulaire, les deux vastes ayant perdu eux-mêmes une partie de leurs attaches au tibia et ne pouvant plus agir efficacement sur le levier osseux. Il faut admettre alors que la solution de continuité est la première cause de l'impotence, et qu'il est nécessaire de réunir les parties divisées.

On le voit, la suture des fragments n'est pas « le traitement » des fractures transversales de la rotule, comme notre ami Championnière s'efforce de l'établir depuis longtemps; mais c'est un traitement pour certaines fractures. Je reconnaîtrai cependant, avec lui, que nous ne sommes plus au temps où la suture de la rotule était condamnée parce qu'elle avait pour condition l'ouverture de l'articulation du genou. Pour mon compte, dans nos discussions antérieures, si je blâmais son emploi systématique, c'était en me fondant sur l'étude des indications, et nullement à cause de la gravité opératoire.

Cela dit, j'affirme que les cas heureux, à la suite du traitement sans suture, les cas où le malade marche bien, monte et descend, porte des fardeaux, sont beaucoup moins exceptionnels que ne le dit M. Championnière. On en a montré et cité beaucoup de cas. Lisez l'article Rotule, écrit par M. Berger dans le *Dictionnaire encyclopédique*, vous verrez de nombreux exemples relatés par l'auteur d'une façon bien désintéressée, puisque la discussion actuelle n'était pas encore ouverte, de malades consolidés avec de grands écarts et montant à cheval ou faisant de rudes métiers. M. Championnière les appelle des « monstres » et des « acrobates ». *Monstres* veut dire qu'ils sont extraordinaires, exceptionnels; j'ai démontré le contraire dans mes communications antérieures. *Acrobates* signifie que ce sont des hommes qui ont besoin d'une étude prolongée, d'un long exercice, pour arriver, à force d'habileté, à voiler leur impotence fonctionnelle. Mais non; ce sont des simples d'esprits qui marchent droit devant eux, et qui marchent bien tout simplement parce que leur membre est bon. Le malade de M. Chaput était camionneur; après l'ablation de son fragment supérieur, mais aussi après massage, électricité, etc., il est redevenu apte, sans efforts ni habileté extraordinaire, à être camionneur et à porter de lourds fardeaux; c'est écrit dans l'observation.

Sans doute, nous avons tous vu, chez d'anciens blessés, de mauvais résultats fonctionnels; c'est parce que les anciens traitements, toujours uniformes et ne tenant pas compte des indications, abusaient de l'immobilité et négligeaient le triceps. Si M. Championnière ne pense qu'à ceux-là et oublie les autres, c'est qu'il a, lui aussi, un traitement uniforme et que, par suite, il considère comme subtilités les distinctions nécessaires que j'ai établies entre les petits et les grands écarts primitifs, la conservation et la rupture des insertions fibreuses des deux vastes, la restauration et la persistance de l'atrophie musculaire.

Je lui ferai cependant une concession en disant qu'il vaudrait mieux, à la condition d'être antiseptique, suturer toutes les rotules que de n'en suturer aucune; car, en s'abstenant toujours, on laisserait les « grandes fractures », avec gros épanchements et déchirures fibreuses, privées du seul traite-

ment qui leur convienne. Mais, si je reconnais à la suture des indications très nettes, je n'en suis pas un partisan exclusif et systématique; je sais qu'on peut guérir, très bien guérir autrement, et que ces guérisons sont plus franches et plus réelles aujourd'hui qu'autrefois, parce que nous savons mieux traiter les fractures articulaires. Il est bon qu'on le dise et qu'on le sache, car toutes les fractures de rotule ne passent pas par les mains de quelques chirurgiens exercés et sûrs d'eux-mêmes, et il est vraiment bien heureux, pour certains malades, de pouvoir s'en tirer plus simplement.

REVUE DES CLINIQUES

Formes cliniques et diagnostic du rein mobile, par M. le docteur TUFFIER (1). — Vous venez de nous voir examiner ou opérer un certain nombre de malades atteints de reins mobiles. L'examen nous a montré que le déplacement du rein est loin de constituer l'affection tout entière. Souvent même ce déplacement n'est que secondaire ou accessoire. Aussi, j'appellerai spécialement votre attention sur les troubles généraux qui accompagnent le rein flottant, car ils dominent toute la thérapeutique de cet état pathologique.

Chez nos malades, le diagnostic de néphroptose n'a jamais présenté de grosses difficultés. L'examen direct de la tumeur, dont mon maître, M. Guyon, a si nettement établi les règles, donne à cet égard des résultats remarquables. Je vous ai montré que le ballottement et la réductibilité lombaire parfaite de la tumeur constituent les deux signes primordiaux, en y joignant l'étude des connexions du rein, l'examen des lombes et la percussion du flanc, sur laquelle insiste M. Le Dentu; nous avons pu éviter les causes d'erreur aussi bien dans les cas de déplacement simple que dans les faits de reins flottants dans l'abdomen. Nous avons ainsi éliminé les lobes accessoires du foie ou de la rate, les tumeurs de ces organes ou de l'intestin. Nous avons même examiné une femme qui présentait une tumeur stercorale du côlon ascendant, et je vous ai fait remarquer que l'absence de réductibilité lombaire parfaite, jointe à la consistance de la tumeur, permettait de poser le diagnostic.

Mais cette simple constatation d'un déplacement du rein est bien loin d'être suffisante pour vous permettre de poser le diagnostic de rein mobile. Ce terme chirurgical ne s'applique qu'au rein normal déplacé. Vous devez donc vous assurer d'abord de l'intégrité de la glande, et, à cet égard, je dois vous mettre en garde contre une cause d'erreur. Vous savez que le rein abaissé, chez les femmes ayant un certain embompoint, paraît plus gros qu'un rein normal. Vous devez donc, pour préciser le diagnostic, faire un examen de l'urine, examen que vous répéterez, car les troubles urinaires sont souvent fugaces dans les affections rénales; ce sont des affections à éclipse, comme le dit souvent M. Guyon. Vous interrogerez également avec soin les antécédents de votre malade, pour vous assurer qu'une pyurie ou une hématurie ancienne ne sont pas venues trahir, à un moment donné, une altération pathologique du rein. Si j'insiste sur ce point, c'est que les tumeurs ou les inflammations rénales s'accompagnent généralement d'un abaissement ou d'une mobilité du rein. Ce fait n'est cependant pas constant, car vous avez pu voir ces jours derniers, à l'autopsie d'une tuberculose urinaire, une hydronéphrose gauche du volume d'une tête de fœtus, que l'examen de la malade n'avait jamais pu faire soupçonner, parce que le rein avait conservé sa situation et s'était développé en haut et en avant. Ce sont là des faits qui ne sont pas très rares et dont nous ignorons la cause.

Vous étant mis à l'abri de ces erreurs, vous pouvez poser le diagnostic de rein mobile et normal. Mais, ce premier fait acquis, il est indispensable d'examiner les symptômes

(1) Résumé d'après la *Semaine médicale*.

concomitants du côté de l'appareil digestif, du côté du système nerveux. Souvent, même, ces symptômes sont si remarquables qu'ils attirent seuls, comme vous allez voir, l'attention du malade, et c'est à propos de troubles stomacaux et névropathiques que le médecin découvre un rein mobile, origine ou conséquence des accidents.

C'est ainsi que la relation entre les affections hépatiques et la néphroptose a été remarquablement mise en lumière par M. Potain, et cette étude a laissé derrière elle les hypothèses qu'Ebstein et Stiller avaient émises à ce sujet. Le savant professeur a montré que le déplacement du rein était souvent précédé de poussées congestives du côté du foie avec ou sans ictère. Sous l'influence de cette augmentation du volume de la glande hépatique, le rein subit une pression qui l'abaisse progressivement et finit par le mobiliser, si bien qu'après le retour du foie à son état normal, le rein demeure mobile.

A l'appui de cette opinion, j'ai signalé, au dernier Congrès de chirurgie, l'observation d'un malade qui, après maintes congestions hépatiques accompagnées du rein mobile, succombe à une cirrhose hépatique, et nous avons observé deux faits nouveaux du même genre.

Vous rencontrerez donc souvent la néphroptose associée à une lésion hépatique, et l'examen des deux glandes doit toujours marcher de pair. Vous comprenez que toute votre thérapeutique est liée à cette constatation.

Ce n'est pas seulement le foie, c'est l'appareil intestinal tout entier qu'il vous faut examiner. De ce côté les accidents sont si fréquents et si graves qu'ils constituent des formes cliniques distinctes, formes que je signalais au dernier Congrès de chirurgie et dont vous avez pu voir tous les exemples.

A côté de la forme classique douloureuse, vous pouvez placer la forme dyspeptique et une forme neurasthénique souvent associées.

La forme douloureuse, la forme classique est la plus fréquente. Son origine est le plus souvent un traumatisme ou un effort. J'en ai eu dernièrement un exemple; une femme qui poussait de toutes ses forces une voiture, tomba et ressentit alors un craquement, une déchirure dans le flanc droit. La région resta douloureuse.

Ce début et les analogues ressemblent à s'y méprendre au tour de rein. Depuis que mon attention a été appelée par les malades sur ce mode de début, nous avons examiné avec soin tous les malades qui se présentent à la consultation pour un lumbago traumatique vulgaire. Un certain nombre de ces accidents ne dépendent pas d'une déchirure musculaire de la masse commune, et la recherche méthodique des points douloureux nous permet de localiser les lésions dans les parties les plus profondes; mais nous n'avons pas rencontré encore un seul cas de mobilité rénale dans ces circonstances. En l'absence de fait démonstratif surprenant la lésion au début, nous ne pouvons émettre qu'une hypothèse sur la pathogénie de cet accident.

Il est probable qu'il existait dans ces cas une anomalie congénitale, un point faible à ce niveau, et la glande insuffisamment maintenue se déplace sous l'influence d'un effort brusque. Cet accident est à rapprocher de la hernie dite des adolescents, souvent favorisée par une disposition congénitale. Dans les deux cas, on pourrait dénommer la hernie, comme le faisait autrefois Malgaigne, hernie de force.

Il faut encore tenir compte des causes locales, telles que le tiraillement des nerfs abdomino-génitaux qui, voisins du rein, sont comprimés par son déplacement; et le redoublement de douleurs au moment des règles peut être expliqué par la vascularisation connexe de la glande et de ces nerfs. Cependant, il y a des faits qu'on ne peut expliquer. La mobilité rénale n'est pas proportionelle à la douleur éprouvée; presque toujours alors la neuropathie donne la raison de cette douleur. Et souvent, comme l'a dit Broca, ce n'est pas le rein, c'est le patient qui est irritable.

Chez la femme dont je viens de vous parler, la douleur est typique. C'est à propos de la station verticale et du mouvement qu'elle se manifeste. Elle est permanente avec exacerbations; c'est une sensation de tiraillement qui occupe le flanc droit, descend le long de l'uretère, vers la vessie et les membres inférieurs; son intensité est telle et la fréquence des mictions si grande que la patiente nous était donnée comme atteinte de colique néphrétique.

Il est une autre cause de ces douleurs, c'est l'hydronéphrose temporaire que vient d'étudier avec soin M. Arnould. J'ai pu présenter à la Société anatomique une pièce dont j'ai fait l'histoire au dernier Congrès de chirurgie, qui montrait nettement l'obstruction par coudure de l'uretère due à l'abaissement du rein. Ce déplacement du rein produit ici une obstruction urétérale brusque avec les symptômes habituels.

Nous voici fixés sur la douleur du rein mobile; je vous engage à interroger avec grand soin la sensibilité de l'organe lui-même; presque toujours la glande sera douloureuse et la douleur augmentera avec une compression bimanuelle plus forte. Cette douleur a bien son siège dans la glande, car elle se manifeste aussi bien quand le rein est en ectopie abdominale que s'il reste dans la région lombo-abdominale où la pression des nerfs pourrait donner le change.

En dehors de ces accidents douloureux, l'état général de notre malade est parfait. En particulier, le système nerveux n'a rien d'anormal; il n'y a qu'un déplacement du rein, et j'insiste sur ce point.

A côté de cette forme, dont le diagnostic s'impose, il en est une autre dont le complexus symptomatique est fait pour vous dérouter. Les malades se plaignent de phénomènes dyspeptiques, de troubles gastriques qui peuvent revêtir toutes les formes. Ce sont non seulement des digestions lentes et douloureuses avec congestion céphalique, mais encore des nausées, des vomissements survenant par accès et que rien n'explique.

Nous avons, au n° 2 de la salle Huguier, un exemple bien intéressant de cette forme clinique. C'est une jeune femme de 23 ans, ayant toute les apparences de la santé. Elle n'avait eu aucun accident quand elle accoucha il y a huit mois; mais, depuis, elle accuse, dans la région lombo-abdominale droite, une pesanteur, une fatigue douloureuse, vouant la malade à une impotence fonctionnelle complète. L'appétit a disparu, les digestions sont lentes et s'accompagnent d'une sensation de barre au niveau de l'estomac, de congestions céphaliques, d'une dépression complète des forces pendant plusieurs heures après le repas. On constate un abaissement notable du rein droit qui descend dans la fosse iliaque, un déplacement du rein gauche facilement perceptible. En outre, le foie est abaissé et l'estomac largement dilaté. La paroi abdominale est flasque au repos; si vous voulez faire asseoir cette malade, en maintenant par une main la face et le cou pour gêner le mouvement, vous voyer le ventre se trilober. Les orifices herniaires ne sont pas dilatés et l'utérus est en place, mais les deux jambes sont couvertes de grosses varices. Le réflexe pharyngien et même le réflexe patellaire ont disparu. En un mot, il y a insuffisance générale de tous tissus.

Chez une femme que je vous montrais ces jours derniers, outre ce complexus symptomatique, nous trouvions un abaissement notable de l'utérus et un prolapsus intermittent du rectum. Vous reconnaissez, dans cette esquisse, les grands traits de l'entéroptose, si justement appelée maladie de Glénard.

J'aurais pu opposer les symptômes d'autres malades à ceux de notre première opérée : chez l'une, couchée au n° 3 du pavillon Dolbeau, les troubles gastriques coïncident seuls avec un rein très mobile; après fixation de l'organe par un appareil prothétique, la dyspepsie a disparu. Chez une autre jeune femme, le déplacement du rein s'accompagnait de troubles gastriques si considérables qu'elle devait garder le décubitus dorsal pendant sa digestion; un bandage lui déprimant le flanc droit eut raison de ces accidents.

J'aurais voulu établir, entre la direction du déplacement rénal et les accidents gastriques, une relation de cause à cet effet; chez cette malade, le déplacement se faisait nettement vers l'ombilic et l'estomac; mais j'ai vu, dans d'autres cas, les mêmes accidents provoqués par une translation verticale de la glande. Toujours vous pourrez, par l'examen méthodique, donner au rein, au foie ou à l'estomac la part proportionnelle de l'effet qu'il produit dans les troubles et le bénéfice thérapeutique du malade sera sous la dépendance de ce décompte.

Je n'insiste pas sur les accidents névropathiques qui sont si souvent unis à l'entéroptose; ils peuvent dominer et constituer alors une forme neurasthénique de la maladie.

Ce déplacement rénal se produit insidieusement; il est rarement très étendu, et je n'ai pas trouvé alors cette mobilité permettant au rein de flotter d'une fosse iliaque à l'autre.

J'ai rencontré cette forme chez des gens amaigris. Les symptômes nerveux s'accompagnent souvent d'une dépression générale des forces et d'une tendance à l'hypochondrie. Plus rarement, il s'agit d'accidents hystériformes. Mais alors la néphroptose n'est jamais cause des accidents neuropathiques : ils sont probablement produits par la gêne que cause le déplacement de l'organe, et si la fixation du rein ne produit pas dans tous les cas une dépression du système nerveux, il y a de nombreux exemples où les malades en ont bénéficié. Le cadre de la maladie n'est pas toujours celui que je vous ai tracés car il ressort de ces observations le fait général suivant : à côté du rein flottant simple, il existe un rein flottant compliqué. Cette affection générale, bien que fréquente, n'est pas classée. Elle forme une entité anatomo-pathologique et une entité clinique. Tous les tissus sont en état d'infériorité physiologique. Le système musculaire lisse se laisse distendre, constituant la dilatation de l'estomac et l'entéroptose avec rein mobile; le système musculaire à fibres striées se laisse forcer et vous trouvez le ventre à triples saillies qu'a si bien décrit Malgaigne; le systèmo fibreux n'est pas mieux partagé, car l'on constate des hernies de faiblesse, les sphincters permettent l'issue du rectum, et l'utérus retombe. Le système vasculaire n'est pas plus solide; vous rencontrerez des varices, des hémorrhoïdes, quelquefois un varicocèle. Et ces lésions se trouvent chez des gen; jeunes (20 à 30 ans) et sans autre tare organique apparente. Si cette mauvaise qualité des tissus peut être partielle, elle provoquera une lésion d'un seul organe, mais, si elle se généralise, elle constitue alors une insuffisance plus ou moins considérable des viscères ou des parois splanchniques. Il y a donc un rapprochement à établir entre ces divers états pathologiques dépendant d'un même état morbide, et la gamme ascendante de ces lésions sera indispensable pour l'établissement des indications et contre-indications opératoires dans ces divers états pathologiques. C'est là, bien plus que dans nos procédés opératoires, qu'il faut rechercher la cause de nos insuccès.

J'ai voulu vous montrer que cette petite question du rein flottant est susceptible de se rattacher à de grandes études générales, et j'espère que, dans les formes cliniques, vous ne vous en tiendrez pas à la notion banale du rein mobile.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS

Les éthers sulfuriques dans les urines et l'antisepsie intestinale, par le docteur Alberto Rovighi, privat-docent de Clinique médicale. — L'auteur a fait un grand nombre d'expériences avec des substances variées, telles que terpine, camphre, térébenthine, menthol, eucalyptol, acide tannique et acide borique dilués et injectés par l'entéroclysme, avec le kéfir et l'acide lactique, etc., afin de rechercher le pouvoir de ces médicaments sur l'élimination des éthers sulfuriques des urines.

Voici les conclusions générales de ce travail :

1° La détermination quantitative des éthers sulfuriques éliminés dans l'urine est un critérium de grande valeur pour connaître l'état de putréfaction intestinale;

2° L'élimination de ces composés est variable dans les diverses heures du jour; il faut pour juger la question tenir compte des urines émises en vingt-quatre heures et faire l'examen sur la masse entière recueillie;

3° Les enfants ont des éthers en proportion moindre que les adultes;

4° Le groupe des terpines et des camphres, et en particulier l'huile essentielle de térébenthine et le camphre, administrés à haute dose à des chiens, diminuent d'une façon considérable et pendant longtemps l'élimination de ces produits;

5° Chez l'homme, ces mêmes substances, données par la bouche ou par lavements, n'ont pas la même action que chez le chien; cependant leur usage pourrait réussir dans diverses maladies du tube digestif;

6° Les lavements d'acide tannique ont fait diminuer d'une façon considérable les éthers sulfuriques de l'urine chez un malade atteint d'entéro-péritonite chronique;

7° De grandes irrigations intestinales d'acide borique ont une action antiseptique incontestable, mais l'absorption de ce sel produit des troubles généraux graves;

8° L'usage des sels de Karlsbad et des eaux purgatives de Marienbad apporte, dans les premiers jours, une augmentation dans l'élimination des éthers sulfuriques, puis ensuite une diminution qui est d'autant plus considérable que la digestion intestinale est plus compromise;

9° Le kéfir, à la dose d'un litre et demi par jour, est un moyen héroïque pour diminuer les produits de la putréfaction intestinale, ce qui est dû à l'acide lactique qu'il renferme.

Contribution aux suppurations produites par le pneumococcus de Fraenkel, par le docteur NANNOTTI (in *Il Morgagni*, n° 35, 29 août). — Ce travail tend à prouver que le pneumococcus peut servir d'agent pathogène dans les abcès qui se développent dans le tissu conjonctif aréolaire.

L'auteur a relevé quatre observations :

1° Un abcès de la région sous-maxillaire gauche;

2° Un abcès de la région mastoïdienne avec nécrose partielle de l'apophyse mastoïdienne;

3° Un abcès péridentaire;

4° Un abcès périnéal sur un sujet probablement phthisique.

Le pus de ces différents foyers, recueilli purement, a fait voir qu'il n'y avait que des diplocoques, et les cultures n'ont révélé que le seul micro-organisme de Fraenkel. Des cobayes ont montré expérimentalement toutes les altérations spéciales causées par le neumocoque, dont l'apparence encapsulée était typique.

Cette étude prouve que le pneumocoque peut donner lieu à de véritables abcès dans le tissu conjonctif, précédant, accompagnant ou suivant les évolutions du processus pneumonique.

Sur le bacterium coli commune et les péritonites par perforation, par le docteur Ottone BARBACCI (in *Lo Sperimentale*, n° 15, 1891). — L'étiologie des péritonites en général, de la péritonite par perforation plus particulièrement, est une question à l'ordre du jour qu'a cherché à élucider M. Barbacci sur un certain nombre de cas soumis à son observation.

L'orateur a entrepris une étude bactériologique sur l'exsudat péritonéal de quatre sujets morts de cette façon. En examinant le liquide extrait, le sang pris dans le cœur, dans les vaisseaux, dans le fond de l'ulcère intestinal au niveau de la perforation, l'auteur a toujours rencontré le *bacterium coli commune*. Par l'inoculation de ces cultures, le diplocoque lancéolé capsulé de Fraenkel s'est rencontré trois fois sur six observations, toutes suivies de péritonites mortelles. Dans quatre cas, où la culture des parcelles organiques enlevées dans le fond de l'ulcère avait eu lieu, on n'a pu voir que le *bacterium coli commune*. Enfin, dans trois cas, outre le bacille d'Escherich, se voyait très nettement dans l'exsudat le diplocoque de Fraenkel.

L'auteur fait suivre ce travail de réflexions pratiques qui semblent confirmer le pouvoir pathogène du *bacterium coli commune* dans le développement de la péritonite.

La Gazzetta medica di Torino (fasc. 23, 1891) publie de M. le docteur Tito CARBONE un **cas de colotyphus** suivi de mort et de recherches bactériologiques. Une jeune femme meurt à l'hôpital de San Giovanni et présente à l'autopsie les lésions classiques de la fièvre typhoïde avec le bacille d'Eberth. Ce qu'il y a de remarquable et de rare dans l'observation, c'est l'endocardite aiguë constatée à l'autopsie avec un grand nombre de bacilles typhiques et la reproduction expérimentale de cette lésion par les injections ntra-veineuses du liquide de cultures à divers animaux. — MILLOT-CARPENTIER.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 octobre. — Présidence de M. LABBÉ.

SOMMAIRE : *De la polyurie dans la sciatique. — Hystérie simulant l'épilepsie.*

M. DEBOVE : La polyurie est un phénomène très fréquent dans le cours de la névralgie sciatique, au moins dans le cours des sciatiques intenses. Dans les cas bénins, la quantité d'urine reste normale.

Quand elle existe, la polyurie débute ou paraît débuter en même temps que la névralgie elle-même; elle atteint son maximum au moment où les douleurs atteignent leur plus grande acuité, puis elle disparaît progressivement en même temps que ces douleurs.

La quantité d'urine émise varie avec chaque malade.

M. Debove a recueilli un certain nombre de ces faits. Voici les plus intéressants :

Un malade, âgé de 40 ans, atteint de sciatique, urinait 4 litres en vingt-quatre heures. La polyurie disparut quand la sciatique fut guérie. Trois ans avant, cet homme avait présenté les mêmes phénomènes dans le cours d'une sciatique ayant duré plusieurs mois. Dans l'intervalle de trois années, qui sépara ses deux attaques, il n'y eut pas de polyurie.

Dans un autre cas, il y avait, par vingt-quatre heures, 2,500 grammes d'urine et 48 grammes d'urée. Après la guérison de la sciatique, 1,250 grammes d'urine et 24 gr. d'urée. Ici, il y avait eu non seulement polyurie, mais aussi azoturie. Ce fait peut être rapproché de plusieurs autres publiés à l'étranger et dans lesquels on a vu la sciatique produire une glycosurie ou une albuminurie transitoire.

La polyurie se montra aussi, dans un cas de sciatique symptomatique, chez une femme atteinte de cancer utérin.

M. Debove a recherché la polyurie chez une malade atteinte de névralgie faciale intense; la quantité des urines était normale.

Certaines expériences physiologiques cependant font comprendre le mécanisme de la polyurie dans le cours de la névralgie sciatique. Après la section du nerf sciatique d'un chien, si on excite le bout périphérique, on observe une augmentation de la tension artérielle. Or, toute augmentation de la tension artérielle détermine une augmentation de la sécrétion urinaire.

C'est là un fait physiologique intéressant à rapprocher des faits cliniques de polyurie dans le cours de la sciatique.

M. MATHIEU a observé deux cas analogues, M. Debove lui ayant signalé le phénomène il y a quelque temps. Dans un de ces cas, la polyurie était assez considérable; la quantité d'urine était de 4 ou 5 litres par vingt-quatre heures, d'après l'évaluation du malade.

M. DESNOS : Cette polyurle doit être rapportée à la douleur. On l'observe aussi dans la colique hépatique.

M. DEBOVE : On trouvera probablement de la polyurie dans des névralgies autres que la sciatique. Elle n'existait cependant pas dans un cas de névralgie faciale très intense.

— M. MATHIEU : Un malade de 40 ans entre à l'hôpital pour des attaques rappelant tout à fait les attaques de l'épilepsie classique; elles débutent par une aura sensorielle consistant en bourdonnements, sifflements, visions rouges; puis le malade pousse un cri, tombe et se débat; sa face est turgescente, sa bouche est couverte d'une mousse sanguinolente, car il se mord la langue.

La crise dure de 2 à 10 minutes. Puis survient un sommeil lourd et profond.

La crise reparaît tous les huit jours environ, mais non très régulièrement.

En examinant de plus près ce malade, on constate cependant chez lui des stigmates hystériques : hémi-anesthésie gauche totale, rétrécissement très marqué du champ

visuel, anesthésie pharyngée. Le malade est mélancolique, il a des idées noires qui le poussent au suicide. Il est hypnotisable. Il souffre de céphalalgies tenaces et quelquefois intenses. Il n'est pas syphilitique. Il a en outre un tic du front, et une sorte d'agoraphobie qui l'empêche, par exemple, de marcher le long d'un trottoir et qui lui donne une grande frayeur de l'ombre; ainsi il ne peut passer sur l'ombre d'un arbre et son ombre propre lui cause une sensation très désagréable.

Les crises ont débuté, chez ce malade, après une peur très vive, il y a trois ans; ce furent d'abord des vertiges, des pertes de connaissance, des symptômes de petit mal, puis peu à peu se montrèrent les grandes attaques.

Ce sont là évidemment des crises épileptiformes que l'on doit rattacher à l'hystérie. Et, en effet, comme l'a dit Charcot, l'hystérie simule tout. Elle peut donc simuler l'épilepsie.

Ceci a une certaine importance, surtout depuis qu'on a prétendu guérir l'épilepsie par la suggestion. Les épileptiques qu'on a guéris n'étaient-ils pas simplement des hystériques? On a pu confondre, si les crises épileptiformes étaient les seuls stigmates de l'hystérie. La suggestion, d'ailleurs, se rattache à l'hystérie.

M. Mathieu a endormi son malade. La suggestion a déjà produit une amélioration psychique. Le malade est moins triste et n'a plus d'idées noires; peut-être guérira-t-il complètement.

M. Barié : D'après M. Lépine, il y aurait, après l'attaque d'épilepsie, une augmentation de l'urée qui ne se produirait pas après l'attaque hystérique. On pourrait utiliser ce moyen de diagnostic dans des cas analogues à ceux de M. Mathieu.

M. Voisin : Le malade de M. Mathieu est sûrement un hystérique. Ses crises durent de deux à dix minutes. Or, jamais la crise d'épilepsie ne dure plus de deux minutes.

En outre, ce malade présente des stigmates indéniables d'hystérie. Enfin, il est hypnotisable.

Les épileptiques sont très difficilement suggestionnables. Il n'est donc pas possible de guérir les épileptiques par la suggestion. Quant à l'augmentation de l'urée après les crises d'épilepsie, M. Voisin ne l'a jamais constatée. Cependant, il a fait, depuis un an, des recherches en ce sens; il n'a jusqu'à présent rien trouvé de ce côté qui puisse différencier l'hystérie de l'épilepsie.

FORMULAIRE

Pommade contre le psoriasis. — Unna.

Chrysarobine	5	grammes.
Acide salicylique	2	—
Ichthyol	5	—
Vaseline	88	—

Mêlez. — Pour onctions sur la peau, dans le cas de psoriasis. — N. G.

COURRIER

— Des concours s'ouvriront : 1° Devant la Faculté de médecine de Paris, le 10 mai 1892, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de médecine de Nantes;

2° Devant la Faculté de médecine de Paris, le 10 mai 1892, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Tours;

3° A l'Ecole de médecine de Tours, le 4 avril 1892, pour l'emploi de chef de travaux anatomiques et physiologiques à ladite Ecole.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture de chacun desdits concours.

Mission scientifique. — M. Jules Soller, attaché au service des Messageries maritimes, est chargé d'une mission en Australie et en Nouvelle-Calédonie, à l'effet d'y poursuivre des recherches anthropologiques et d'y recueillir des collections destinées au Muséum d'histoire naturelle.

Le laboratoire de physiologie maritime de la Faculté des sciences de Lyon. — On sait que, grâce à l'initiative et à la persévérance du professeur Raphaël Dubois, ainsi qu'à la générosité de M. Michel-Pacha, la Faculté des sciences de Lyon sera prochainement dotée d'un laboratoire maritime destiné aux études biologiques et physiologiques. La première pierre vient d'être posée à Tamaris, et il y a lieu d'espérer que l'installation provisoire sera bientôt définitive. A cette cérémonie d'inauguration assistaient les professeurs André et R. Dubois, J. Teissier, etc., et un très grand nombre de savants qui s'étaient rendus à Tamaris à l'issue du Congrès de Marseille. (*Lyon méd.*)

Falsification des vins blancs naturels par les vins de sucre. — L'*Union pharmaceutique* fait connaître le procédé indiqué par Sochaezewski, pour reconnaître la falsification du vin blanc :

On prend 20 grammes de vin, qu'on place dans un verre à expériences, d'une capacité de 60 à 90 centimètres cubes, et on l'additionne de bicarbonate de soude; suivant que le vin est plus ou moins acide, on en met de 1 gr. 50 à 2 grammes; on agite jusqu'à cessation d'effervescence, et on laisse reposer.

Si le vin est naturel, il reste clair et prend une légère teinte verdâtre, qui est marron par transparence; peu à peu, il se forme un léger précipité noirâtre.

Le vin de sucre pur ne change pas d'abord de couleur, mais au bout de quelque temps, quelquefois de plusieurs heures, le vin se trouble et devient rouge-brique sale ou bleu verdâtre; par transparence, la couleur est brun-marron; puis le trouble augmente comme dans le vin de sucre pur, et il est d'autant plus prononcé que le vin contient plus de vin de sucre.

On peut encore recourir au procédé suivant : on met le vin dans un verre à expérience conique, et on ajoute une solution saturée de soude caustique ou de l'ammoniaque, en ayant soin de faire couler ce liquide sur les parois du verre; ce liquide, plus dense que le vin, gagne le fond du verre, et il se forme, au contact des deux couches, une coloration verte pour le vin naturel, et une coloration marron pour le vin de sucre ou pour le mélange d'un vin naturel avec le vin de sucre.

Les journaux de médecine a Paris. — D'après un rapport de M. E. Arène sur le budget du Ministère de l'intérieur, il se publie à Paris, à l'heure actuelle, *cent quarante-cinq* journaux de médecine, de chirurgie, et *huit* de pharmacie et droguerie. Or, il n'y a à Paris que 161 journaux politiques.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

La contagion du cancer.

M. le docteur Arnaudet (de Cormeilles) s'attache, depuis déjà longtemps, à établir que le cancer est une maladie contagieuse et que le germe se transmet le plus habituellement par l'eau.

Dans une de ses dernières publications, il expose cinq cas en faveur de sa doctrine. La première prouverait l'action de l'eau. Un malade, L..., âgé de 35 ans, meurt, d'une tumeur du foie, un an après une femme R..., âgée de 48 ans, qui avait succombé à un cancer de l'estomac. Or, la femme R... habitait une maison située dans la même vallée que celle de L... et à 3 ou 400 mètres au-dessus de cette dernière. De plus, la maison R... est justement à la naissance d'un ravin où coule un ruisseau qui aboutit à la ferme et passe au pied de la maison du second malade; l'eau du ruisseau était employée à peu près exclusivement, chez L..., pour les usages domestiques.

Dans un petit hameau de la Vallée Noire, à Saint-Sylvestre, M. Arnaudet a observé sept cancers. Une des dernières malades est la femme G..., atteinte d'un cancer du sein et dont le mari est mort, en 1884, d'un cancer de l'estomac.

Les époux C... fournissent aussi un exemple de cancer atteignant successivement deux conjoints : la femme a eu un cancer de l'estomac; le mari un épithéliome de la tempe. Il en est de même des époux H... : cancer de l'utérus chez la femme, cancer de l'estomac chez l'homme.

Le dernier fait de M. Arnaudet est relatif à deux chiennes qui ont présenté successivement un cancer de la vulve; toutes deux avaient habité la même niche au même endroit. Fait digne de remarque, le propriétaire des deux animaux habite le village de la Maurie qui n'est séparé de celui de la Vallée Noire que par un ruisseau, le *douet* Tourtal. Il y a donc eu, dans un espace très étroit, deux cancers sur les animaux et sept cancers humains.

M. Arnaudet n'a pas réussi dans les tentatives d'inoculation qu'il a faites soit avec du cancer humain, soit avec la tumeur provenant d'une des chiennes.

Il fait, à propos de ces observations, les commentaires suivants, que nous résumons :

1° Dans le premier cas, on voit deux voisins, sans nulle parenté, devenir successivement cancéreux. Si l'on considère que L... n'avait pas de tare héréditaire, et qu'il n'avait pas l'âge du cancer, pour ainsi dire, on ne peut se défendre d'établir une relation entre son cancer et celui de la femme R... Là, comme à Saint-Sylvestre, les circonstances de lieu et de temps autorisent à admettre que la déclivité, c'est-à-dire l'eau, a joué un rôle décisif.

2° Viennent ensuite des cas doubles dans la même maison, sur le mari et la femme.

Mme G... devient cancéreuse environ cinq ans après son mari. Il est important de constater que sa maison est plus que mal tenue. Tous les objets ont conservé assurément des reliquats du premier malade.

3° Tandis que, chez les G..., ces cancers sont survenus à long intervalle, dans les deux autres ménages, C... et H..., ils sont contemporains; toutefois leur éclosion ne s'est produite que successivement, et les courts intervalles qui les séparent font mieux suivre leur filiation. M. Arnaudet admet que C... a contagionné directement sa femme : atteint d'une affection de la face, accessible aux attouchements continuels et entraînant, par conséquent, une malpropreté des mains aussi inconsciente que fatale, c'est, selon toute probabilité, à table, en mangeant et en buvant, par les aliments ou boissons que C... aura communiqué son mal.

4° Les époux H... sont particulièrement instructifs. La femme était atteinte d'un cancer utérin propagé au vagin. Elle subit un certain nombre d'opérations qui se firent sur une table de cuisine. Du sang fut perdu et coula sur la table et sur le sol, et, malgré les recommandations de tout laver à l'eau bouillante, la désinfection des objets fut certainement insuffisante. Les aliments déposés plus tard sur la table d'opération ont du être souillés.

5° Quant à l'observation de médecine vétérinaire, on peut l'expliquer ainsi : le cancer a été transmis de la première chienne à la seconde et l'habitat a été le milieu conservateur. Le contage a dû trouver une condition éminemment favorable dans la congestion érectile qui accompagne le rut, l'animal, pendant cette période, pour peu que le besoin naturel reste inassouvi, se livrant à des frottements sur tous les objets qui l'entourent, le plancher de la niche, le sol, etc.

L'idée de la propagation du cancer par l'eau n'est pas spéciale à M. Arnaudet. D'après le compte rendu publié par la *Revue d'hygiène*, M. Haviland a présenté au Congrès d'hygiène une série d'écrits d'Angleterre qui témoignent, d'après l'auteur, que le cancer chez les femmes serait fréquent dans les districts formés de vallées peu profondes et caractérisées par de l'argile de tous les âges, ces contrées étant soumises à des inondations saisonnières causées par les rivières qui les traversent. Le cancer serait rare dans les régions qui sont, par comparaison avec les précédentes, hautes et sèches, non sujettes aux inondations, et composées de roches anciennes, y compris les pierres calcaires palézoïques et métazoïques. Ces résultats se retrouveraient en 1851-60 et 1861-70.

M. le docteur O. Guelliot (de Reims) s'est aussi occupé de la contagion possible du cancer. Pour lui, la simple étude topographique des affections cancéreuses primitives est en faveur de l'existence d'une cause pathogène extérieure. Andrews a relevé la localisation de 7,881 carcinomes primitifs et a trouvé que, dans l'immense majorité des cas, la tumeur se développe dans des points accessibles aux germes extérieurs et présentant des anfrac-

tuosités ou des follicules profonds où ces germes peuvent facilement séjourner; moins de 200 fois la tumeur s'était développée sur des parties recouvertes de vêtements ou non accessibles aux germes du dehors. D'autre part, M. Guelliot a insisté sur ce point que, très souvent, la maladie apparaît consécutivement à des irritations, à des ulcérations de la peau ou des muqueuses et il a dressé un tableau intéressant des lésions pré-cancéreuses. On peut admettre ou que toute irritation d'un épithélium détermine facilement l'apparition d'un cancer chez les prédisposés ou que la contagion se fait par un germe qui s'inocule lentement ou peut sommeiller longtemps.

Un certain nombre d'auteurs ont publié des faits dans lesquels un cancer de l'utérus et un cancer du pénis ont été observés chez le mari et la femme. M. Guelliot en donne un nouveau, dû au docteur Ollivier (de Juvigny).

A l'exemple du docteur Arnaudet, il a pu voir le cancer apparaître successivement chez plusieurs personnes en contact journalier. L'observation suivante est remarquable à ce point de vue : M. X... meurt le 12 novembre 1870 d'un cancer de la région anale; Mme X. est atteinte d'un cancer du sein auquel elle succombe le 7 mars 1873. Une domestique qui avait soigné ses maîtres, meurt quelques jours après, le 30 mars 1873 d'un cancer du sein. Enfin, le père de Mme X., qui restait avec sa fille, est atteint à son tour d'un cancer du rectum qui est suivi de sa mort le 5 mars 1875.

Des cas de cancer double observés chez deux conjoints ont aussi été relevés par le docteur Guelliot. La tumeur peut avoir la même nature et le même siège, et alors il s'agit fréquemment d'un cancer de l'estomac. Dans une observation du docteur Faille (de Fismes), les deux conjoints ont successivement un cancer du rectum. M. le docteur Guelliot a vu dans la même famille un homme et une fillette de 4 ans être atteints d'un épithélioma de la langue; il discute le diagnostic porté chez l'enfant, de telle façon que, étant donnés, de plus, les résultats de l'examen histologique, on est forcé d'admettre la réalité du cancer chez l'enfant.

M. Guelliot cite encore de nombreuses observations nouvelles dans lesquelles deux conjoints sont atteints successivement du cancer, les tumeurs siégeant sur des régions différentes.

En tout, il a réuni 29 cas en faveur de la contagiosité du cancer. Un des plus probants est certainement le suivant, de M. le docteur Dève. A T. (Haute-Saône), existe une famille dont presque tous les membres sont morts cancéreux. En raison de cette tare, mariages consanguins. Un des derniers représentants est mort d'un épithélioma de la face ; sa femme a un cancer qui a commencé à l'angle externe de l'œil gauche. Sa fille est jusqu'ici bien portante, mais son mari, qui n'a avec la famille de sa femme aucun lien de consanguinité, et qui est âgé de 38 ans, vient d'être opéré d'un cancer de la langue. Or, *il avait l'habitude de fumer les pipes dont son beau-père avait fait usage.*

M. Guelliot a aussi recherché l'influence de l'hérédité sur le développement du cancer. Pour lui, les auteurs ont de la tendance à exagérer son action étiologique; on peut l'évaluer à 10 ou 15 p. 100 au maximum. L'arthritisme et l'herpétisme sont réellement causes prédisposantes, soit en mettant l'individu en moindre résistance contre l'invasion cancéreuse, soit plus simplement en préparant aux germes infectieux un terrain favorable par leurs multiples lésions cutanées et muqueuses.

Enfin, comme M. Arnaudet, M. Guelliot a été frappé de la fréquence toute spéciale du cancer dans quelques pays. Dans certains villages du Soisson-

nais, le cancer fait quatorze fois plus de victimes qu'à Paris ou à Reims! Sur 100,000 habitants, il meurt de cancer : à Reims, 100 habitants; à Paris, 104; à X. (Ardennes), 266; à Saint-Sylvestre (obs. de M. Arnaudet), 345; à Oulchy et environ, 1,400. Il est évident que l'hérédité joue un certain rôle dans cette fréquence extraordinaire en certains points, car on note souvent dans les endroits contaminés la fréquence des mariages consanguins, mais elle n'est pas tout, et M. Guelliot a vu que, très souvent, les villages où sévit une véritable endémie cancéreuse n'ont qu'une eau rare ou de mauvaise qualité qui peut servir de liquide de culture pour les germes.

Les travaux du genre de ceux de MM. Arnaudet et Guelliot sont des plus intéressants. On ne peut qu'engager nos confrères de la campagne à poursuivre ce genre de recherches; peut-être que, s'ils s'engageaient dans cette voie, la clinique pourrait devancer le laboratoire et fournir avant lui la preuve de la contagiosité du cancer.

Enorme fibro-myome de la grande lèvre. — Opération. — Guérison.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 11 juillet 1891,

Par le docteur Polaillon.

J'ai enlevé, à une femme d'environ 45 ans, une énorme tumeur de la grande lèvre gauche dont je vous présente le dessin.

Cette tumeur s'est développée sans cause. Il y a quatre ans, elle avait le volume du poing. La malade refusa de la laisser enlever. Mais, depuis quatre ans, elle avait acquis de telles dimensions que l'ablation devint indispensable.

En effet, la tumeur était aussi grosse que la tête d'un enfant de 1 an. Elle s'implantait sur la grande lèvre gauche, qui se confondait avec elle et qui lui formait un pédicule. Puis elle s'élargissait en forme de poire, et descendait jusqu'au niveau du tiers inférieur de la cuisse. La peau de la grande lèvre s'étalait à sa surface. Elle était hypertrophiée, mais il ne s'agissait pas là d'un éléphantiasis.

Il ne s'agissait pas non plus d'un molluscum pendulum, tumeur flasque et molle, formée aux dépens des éléments de la peau.

La consistance de cette tumeur était assez ferme. Elle était légèrement bosselée, nullement réductible. La peau glissait à sa surface. Au-dessous d'elle, on sentait, au niveau de la grande lèvre, un cordon dur s'engageant dans le canal inguinal. La malade n'avait jamais eu de hernie. Aussi, je ne m'arrêtai pas à l'idée d'une hernie épiploïque irréductible, avec hypertrophie lipomateuse des éléments de l'épiploon.

Par exclusion, j'arrivai au diagnostic de tumeur fibreuse de la grande lèvre, affection rare dont on ne connaît que quelques exemples.

Bien que cette tumeur ne fût pas douloureuse, elle était devenue insupportable par son volume, par son poids et par la gêne qu'elle produisait.

L'opération était réputée assez grave, puisque, sur 8 cas, on a eu, dans des cas analogues, 4 guérisons et 4 morts. (*Dict. encyclopéd.*, 5e série, t. III, p. 817). Cependant, je n'hésitai pas à l'entreprendre, parce que les chances de mort devaient être nulles avec une bonne antisepsie.

Deux incisions, partant du pédicule et circonscrivant une large tranche de peau à la surface de la tumeur, me permirent d'arriver sur une masse

fibreuse blanche et de la disséquer jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal. A ce niveau, la tumeur se prolongeait sous la forme d'un cordon gros comme l'index dans l'intérieur du canal inguinal. Ce cordon n'était autre chose que le ligament rond. Le péritoine formait une gaine autour de lui; de sorte que la cavité péritonéale était ouverte.

Je liai le ligament rond hypertrophié en deux faisceaux avec un fil de catgut, et je le sectionnai au-dessous de la ligature. La tumeur fut ainsi séparée. Il ne me resta plus qu'à faire quelques ligatures d'artères volumineuses et à suturer les lèvres de la plaie.

La guérison se fit par réunion immédiate, sans accidents et sans fièvre. Mais on conçoit que l'ouverture du péritoine au niveau du pédicule puisse laisser pénétrer dans cette cavité des produits septiques, si on n'a pas pris les précautions nécessaires.

L'examen de la tumeur a montré que j'avais eu affaire à un fibro-myome développé au niveau de l'insertion du ligament rond dans le sac de Broca.

REVUE DES CLINIQUES

Des suppurations de la main et de l'avant-bras, par M. Le Dentu (1). — Dans les auteurs du commencement du siècle, il n'y a aucun chapitre consacré aux suppurations de la main; Bérard a esquissé cette histoire dans le *Dictionnaire en 30 volumes*, mais c'est Velpeau qui, le premier, en a fait une bonne étude.

Dans le mémoire de Bauchet, son élève, on trouve distinguées deux formes, l'une franchement phlegmoneuse, l'autre qui n'est que la synovite des gaines tendineuses. C'est peut-être la première fois que l'on voit formulée cette séparation entre l'inflammation ayant pour siège les gaines tendineuses et celle qui s'est développée en dehors d'elle.

Vers 1867, Dolbeau introduisit dans cette question et, d'une manière générale, dans toute l'étude des phlegmons profonds, une section nouvelle, celle de la lymphangite. Il explique comment, au niveau d'une écorchure du doigt ou de la main siégeant en un point quelconque, les produits infectieux (aujourd'hui, nous disons les microbes) étaient absorbés par les lymphatiques et s'arrêtaient en un point au niveau duquel apparaît le phlegmon. C'est la pathogénie admise aujourd'hui pour les adéno-phlegmons. De même qu'il y a d'abord adénite, puis phlegmon extra-ganglionnaire, adéno-phlegmon, il y aurait à l'avant-bras, dans les cas qui nous occupent, d'abord lymphangite, puis péri-lymphangite dans le tissu cellulaire. Je ne suis peut-être pas tout à fait dans le vrai en disant lymphangite à l'avant-bras, car Sappey décrit sur le trajet des lymphatiques profonds de l'avant-bras de petits ganglions, quelquefois rudimentaires et réduits à l'apparence de confluents lymphatiques, et il se peut que les suppurations profondes ne soient que des adéno-phlegmons de ces ganglions. Ce n'est là qu'une hypothèse, en tout cas, la théorie de Dolbeau rattachant les abcès profonds à une lymphangite me paraît être l'expression de la vérité, et je m'y rallie en faisant toutefois certaines réserves relatives à sa généralisation.

Cette théorie a été surtout combattue par Gosselin et ses élèves, qui ont cherché à démontrer l'existence primitive de la synovite suppurée des gaines de la main, alors que Dolbeau la considérait comme secondaire. Voici sur quels arguments s'appuyait Gosselin. Le principal est la description qu'il donne, dans ses cliniques, de la main d'un malade mort à la suite d'un phlegmon de la main causé par une piqûre du petit doigt. On trouva, à l'autopsie, une inflammation suppurative bien limitée aux gaines. A cet argument, Gosselin ajoute que la théorie de Dolbeau ne peut pas être démontrée anatomiquement. C'est vrai, mais c'est précisément un des caractères de la lymphangite de

(1) Résumé d'après la *Médecine moderne.*

donner lieu à des foyers siégeant loin de la blessure primitive, et personne n'hésite à rattacher à la lymphangite l'abcès de l'aisselle qui survient quelques jours après une écorchure de la main.

La deuxième objection de Gosselin, c'est que ces abcès devraient être sur le trajet de la radiale et de la cubitale, parce que c'est là que passent les principaux lymphatiques profonds. Or, non seulement on peut voir des abcès suivre cette voie, mais il ne faut pas oublier les lymphatiques qui accompagnent les vaisseaux interosseux, et ce sont précisément ceux-là qui se trouvent ordinairement atteints.

Gosselin fait remarquer enfin que ces phlegmons s'observent toujours à la suite de blessures du pouce ou du petit doigt. Or, cette confirmation est trop absolue, et si, chez notre malade, la blessure siégeait au pouce, remarquez qu'elle occupait la face dorsale de la première phalange. Quant aux raideurs tendineuses et aux adhérences consécutives, elles tiennent vraisemblablement à une synovite plastique, mais secondaire, comme celle qui porte sur les articulations du carpe et des doigts.

Nous admettrons donc deux formes de suppurations de la main : la synovite suppurée primitive et la lymphangite avec abcès à distance. Je vais essayer de vous montrer comment on peut cliniquement, au moins dans un certain nombre de cas, faire ce diagnostic entre les synovites et ces lymphangites primitives.

Une considération de premier ordre, c'est le siège et la nature de la blessure qui a été le point des accidents. Je vous rappelle que la gaine synoviale carpo-phalangienne externe envoie un prolongement le long du fléchisseur du pouce jusqu'à la première phalange, et que la gaine carpo-phalangienne interne en envoie un jusqu'à la tête de la première phalange du petit doigt. Ainsi, les blessures profondes portant sur la face palmaire de ces deux doigts doivent faire penser à une lésion directe de la synoviale.

Un second signe de valeur, c'est l'attitude des doigts, qui a quelque chose de caractéristique. Toujours, en cas de synovites, ils se fléchissent vers la paume de la main, et cette flexion s'accentue de plus en plus. Si on cherche à les étendre de force, on provoque une douleur extrêmement vive, et, quelquefois, dans les premières phases de l'affection, on peut percevoir une sorte de crépitation amidonnée. Ce phénomène est court et inconstant dans les synovites suppurées, il indique une phase d'exsudation plastique qui est rapidement suivie de suppuration. On l'observe beaucoup plus souvent dans les synovites primitives sans plaie, particulièrement les synovites rhumatismales et blennorrhagiques.

Vous devez rechercher aussi la douleur à la pression, qui est limitée au trajet anatomique des gaines, du moins dans la période qui précède la suppuration. Lorsque survient l'exsudation liquide, on constate une fluctuation qui reste encore, d'une manière générale, limitée à la région des gaines; je vous dirai tout à l'heure comment il faut s'y prendre pour la rechercher.

Voyons, d'autre part, les signes du phlegmon lymphangitique. Je vous ai dit quelle était ordinairement la blessure dans la synovite. Si donc, au lieu d'une plaie profonde, vous constatez une simple excoriation, placée sur la face dorsale ou les parties latérales d'un doigt quelconque, vous serez en droit de penser au phlegmon lymphangitique. La déformation des doigts en griffe apparaît moins vite, il est possible de les étendre à la phase initiale de l'affection, mais, plus tard, l'attitude devient la même, car il survient fatalement un certain degré de synovite de voisinage.

Relativement à l'œdème et au gonflement, je vous ferai remarquer que, dans le cas de lymphangite, il est plus diffus, et tend à gagner promptement la face dorsale de la main.

Son siège de prédilection, c'est l'espace interdigital, et particulièrement, si la porte d'entrée est sur l'index, le premier espace interdigital. En ce point, l'infiltration peut être abondante et même donner la sensation d'une fluctuation très trompeuse, si bien que l'on est tenté d'y pratiquer une incision. L'œdème est donc plus précoce et plus diffus.

En ce qui concerne la suppuration, elle se montre d'une manière plus irrégulière dans le phlegmon lymphangitique et peut se montrer en un point quelconque. Souvent, elle apparaît d'abord à la face dorsale. A la région antérieure, elle se développe dans l'intervalle des deux gaines, au niveau de ce tissu conjonctif qui entoure le nerf médian, mais

elle ne reste pas cantonnée en ce point, et rapidement elle diffuse jusqu'au niveau de l'origine des quatre derniers doigts; alors, le diagnostic différentiel devient très difficile, car, de même que l'inflammation ne tarde pas à retentir sur les gaines, de même aussi l'abcès synovial fuse rapidement dans le tissu conjonctif, et, à une période un peu avancée des deux variétés d'inflammation, le foyer suppuré s'étend dans les mêmes limites. Cependant, dans la synovite, le passage de la suppuration au-dessus du poignet est à peu près inévitable, et se montre dès le début.

Je tiens ici à insister quelque peu sur la recherche de la fluctuation. Sachez d'abord qu'il ne faut pas s'en rapporter uniquement aux signes physiques pour conclure à la suppuration, sans quoi vous vous exposeriez à ne la reconnaître que trop tardivement. Vous devez tenir compte d'abord de la durée de la maladie; d'une manière générale, il est rare que le pus existe à l'état de foyer circonscrit avant le sixième ou le huitième jour; toutefois, dans la synovite où la cavité est toute préparée, l'abcès peut être constitué au bout de trois ou quatre jours. Rappelez-vous qu'il n'y a pas de région où l'œdème ressemble autant à la fluctuation qu'à la main, surtout dans l'intervalle qui sépare l'index du pouce où la peau est lâche et se laisse facilement soulever par l'infiltration. Lorsqu'il s'agit de rechercher l'existence d'un prolongement au-dessus du poignet, le pouce doit jouer dans l'exploration un rôle considérable. Vous placez l'un de vos pouces en travers, au-dessus du poignet, l'autre en long dans la paume de la main. Le doigt doit presser de manière à ressentir une poussée de la profondeur à la surface équivalente à sa propre pression; mais, ici, cette transmission est lente à se produire à cause de l'étroit canal laissé au pus entre les deux foyers.

Voyons donc le traitement des différentes variétés de plegmons de la main et envisageons les indications de l'intervention à trois périodes.

A la période du début, vers le deuxième ou le troisième jour, commencez par débrider et désinfecter la plaie qui a été le point de départ de l'infection. Je me sers habituellement, comme bain antiseptique, d'une solution phéniquée au titre de 1/400, car j'ai remarqué qu'une solution plus concentrée provoque l'érythème ou même une éruption vésiculeuse. Il est un autre traitement bien délaissé aujourd'hui et qui peut amener la résolution de l'inflammation, je veux parler des émissions sanguines locales; on applique alors les sangsues au-dessus du poignet. Comme pansement, il faut prescrire les cataplasmes sur la plaie, et employer une forte épaisseur de mousseline imbibée d'une solution de sublimé à 1/2000 ou d'acide borique à 30/1000 additionnée de laudanum. Recouvrir le tout de taffetas gommé ou de gutta-percha pour lui conserver l'humidité.

A la deuxième période ou période de suppuration, vous abandonnez les émissions sanguines et vous faites l'incision en vous conformant aux traités spéciaux d'anatomie. Vous rencontrerez probablement un écueil dans l'arcade palmaire superficielle qui peut avoir un volume considérable un peu au-dessus du pli moyen de la main. Il faut faire l'incision verticalement parallèle aux artères et nerfs collatéraux des doigts. Il faut, de plus, songer au nerf médian. Aussi je vous engage, après l'incision à employer la sonde cannelée.

Sur la face dorsale de la main, je vous signale, particulièrement au niveau du premier espace interosseux le tronc commun des artères collatérales de l'index et du pouce, qui court souvent le risque d'être blessé. Si pareil accident vous arrivait, il ne faudrait pas craindre d'étendre davantage votre incision pour saisir les deux bouts du vaisseau.

Lorsque vous êtes appelé à intervenir à la troisième période, la main est quelquefois transformée en une véritable éponge imprégnée de pus, les gaines sont ouvertes, les articulations carpiennes sont envahies par la suppuration et produisent des craquements lorsqu'on les mobilise, toutes les fonctions sont abolies. Dans ce cas, il faut en venir à l'amputation. Mais sachez que c'est là une nécessité à laquelle il ne faut se résoudre hâtivement.

Lorsqu'on n'est pas forcé par les complications septiques, alors même que la désorganisation de la main paraît très étendue, il faut attendre ce que vous donnera, après l'élimination des parties mortifiées, la réparation cicatricielle.

Dans tous les cas, même quand une intervention hâtive aura limité l'inflammation,

il faut lutter ultérieurement contre les raideurs articulaires et tendineuses, qui pourraient causer une infirmité définitive. Il faut donc prescrire les bains aromatiques, les massages, lutter contre ces raideurs jusqu'à leur disparition.

BIBLIOTHÈQUE

ETUDES EXPÉRIMENTALES ET CLINIQUES SUR LA TUBERCULOSE. Tome IIIe, 1er fascicule. Paris, G. Masson, 1891.

Ce volume débute par un index bibliographique des travaux publiés en 1889 sur la tuberculose. Rédigé par M. le docteur L.-H. Petit, dont nos lecteurs connaissent la compétence toute spéciale en tout ce qui touche à la tuberculose, cet index est parfaitement complet. La liste des publications relatives au traitement occupe à elle seule près de six pages; il est vrai que l'abondance des traitements dirigés contre une maladie n'a jamais indiqué que leur inefficacité.

Nous ne pouvons malheureusement analyser tous les mémoires que renferme le volume, et nous devons nous borner à donner la conclusion des principaux.

M. C. LAVOY a étudié les *tuberculoses bovines atypiques*. Il ressort de son travail que la tuberculose bovine peut se manifester anatomiquement par des lésions microscopiques identiques en apparence, mais dissemblables quant à la nature du micro-organisme qui les produit; ces lésions ne sont pas constamment liées à la tuberculose bacillaire de Koch, mais on y trouve des bacilles divers, des microcoques, des zooglées.

MM. MÉNÉTRIER et TROISIER ont eu occasion d'étudier l'*ulcère tuberculeux des lèvres*. Cet ulcère offre tous les caractères histologiques de l'ulcère de la langue; il débute par un petit bouton jaunâtre qui augmente peu à peu, puis subit la fonte caséeuse et s'élimine en partie. L'ulcère, une fois formé, s'agrandit lentement et souvent le bord est dentelé par suite du ramollissement des granulations tuberculeuses du pourtour. A la surface, on trouve un certain nombre de points jaunes qui sont des granulations tuberculeuses. Souvent, mais non toujours, il existe une adénopathie tuberculeuse correspondant à la région atteinte. Le traitement est purement palliatif : lotions détersives et application de substances antiseptiques.

M. PRIOLEAU a décrit les lymphangites et les *tuberculoses cutanées* consécutives aux tuberculoses osseuses. L'acide lactique guérit les lésions cutanées et amène une diminution notable des lésions lymphatiques.

Une observation très intéressante de notre ami le docteur RICARD prouve : 1° qu'un père en puissance de tuberculose dite locale est infecté dans tout son organisme ; 2° qu'il devrait s'abstenir de procréer jusquà guérison parfaite de la lésion locale et de l'état général.

D'après les recherches de MM. COURMONT et DOR, l'expérimentation peut reproduire fidèlement, sur le lapin, des lésions tuberculeuses semblables aux tumeurs blanches humaines primitives. Ces tuberculoses locales primitives sont le produit d'un virus atténué. Des bacilles tuberculeux atténués peuvent ne manifester leurs effets qu'après une très longue période d'incubation, bien qu'ils aient été introduits en grand nombre dans le sang d'un animal.

Un mémoire important de M. le professeur VERNEUIL est relatif aux *résultats* éloignés des *résections pluri-costales pour pleurésies purulentes tuberculeuses* (opération d'Estlander). Le savant maître résume ses idées de la façon suivante :

1° Etant soupçonnée la nature tuberculeuse d'un épanchement pleural, ou même la simple coïncidence de la tuberculose pulmonaire et de cet épanchement, s'abstenir, à moins d'urgence extrême (dyspnée violente, déplacement du cœur, etc.) des ponctions évacuatrices qu'on pratique brutalement, et bien souvent sans nécessité ;

2° Si la ponction paraît indispensable, s'empresser, aussitôt après, de pousser dans la plèvre une certaine quantité de liquide capable de prévenir la métamorphose purulente

de la collection séreuse, puis instituer sur-le-champ les recherches microscopiques et bactériologiques nécessaires pour reconnaître la nature spécifique ou non, puis, mono ou poly-microbique du liquide;

3° S'il s'agit d'épanchement de nature tuberculeuse, fût-il séreux, injecter un liquide capable de détruire le virus;

4° Si la plèvre est pleine de pus tuberculeux avec ou sans mélange d'autres microbes pyogènes, streptocoques, staphylocoques, pneumocoques, pratiquer, ou le drainage, qui jadis a donné quelques bons résultats, ou l'empyème, ou la résection unicostale; créer, en un mot, une voie permanente à l'aide de laquelle on pousserait des injections réitérées, régulières, non point avec l'acide borique ou tout autre topique d'une insignifiance égale, mais bien avec des parasiticides sérieux: acide phénique, sublimé, iodoforme, successivement employés ou combinés ensemble, mais, en tout cas, choisis d'après la nature mono ou poly-microbique du pus.

5° En tout cas de pachy-pleurite bien constatée, ancienne et inapte à la réunion, réséquer plus largement les côtes et exciser la plèvre afin d'agir directement sur la néo-membrane fibroïde.

6° Enfin, dans certains cas, la cavité purulente étant enfin stérilisée, tenter la mobilisation de la paroi costale par un procédé anaplastique.

Les autres mémoires contenus dans le volume ont pour auteurs MM. Ledoux-Lebard, Despaignes, Leloir, Héricourt et Richet, Valude, A. Ollivier, G. Daremberg, P. Thiéry et Lejars.

Cette publication, qui est vendue au profit d'un fond d'encouragement pour les études sur la guérison de la tuberculose, fait le plus grand honneur à son éditeur. — P. Ch.

REVUE DES JOURNAUX

Sur le traitement par l'acide borique des suppurations chroniques de l'oreille, par le docteur JANICKE (*Revue de laryngologie,* 1891).— L'auteur constate que, de tous les médicaments antiseptiques utilisés dans le traitement des otorrhées, celui qui est resté le plus en faveur auprès d'un grand nombre de médecins auristes est l'acide borique employé soit en solution soit en poudre.

Les conditions requises pour l'emploi de la poudre sont :

1° Une perforation étendue de la membrane du tympan qui permette d'insuffler dans la cavité de la caisse une quantité notable du médicament;

2° Une sécrétion modérée de la muqueuee de la caisse, pour que l'agent thérapeutique puisse rester un temps suffisant en contact avec la surface à modifier, ce qui n'aurait pas lieu si la sécrétion était abondante.

Avec une perforation peu étendue, on s'exposerait à obturer l'orifice et à produire une rétention du pus.

Mais, même dans les cas favorables à l'emploi du traitement sec, la guérison se fait souvent bien attendre, sans doute à cause de l'impossibilité d'atteindre avec la poudre tous les recoins de la caisse : paroi supérieure, orifice tubulaire, orifice de communication avec les cellules mastoïdiennes. Pour atteindre également tous les points de la muqueuse, il est nécessaire de se servir de solution boriquée.

Or la solubilité de l'acide borique n'est que de 4 p. 100 à la température ordinaire et le pouvoir microbicide de l'acide borique est si faible qu'il doit être considéré comme nul.

L'action antiseptique de l'acide borique consiste uniquement dans la propriété qu'il possède d'empêcher la pullulation des micro-organismes et de permettre à l'effort curatif de l'organisme de prendre le dessus.

Il en résulte que ce corps ne peut exercer une action bienfaisante que s'il se trouve en contact avec l'organe malade pendant un temps assez long et sous un état de concentration suffisante.

Il faudrait pour obtenir avec la solution borique ordinaire un résultat appréciable

contre la pullulation microbienne, tenir la caisse jour et nuit en contact avec de la solution toujours nouvelle, ce qui est pratiquement irréalisable.

L'auteur a réussi à obtenir un produit qui joint aux propriétés de l'acide borique une plus grande solubilité.

C'est une combinaison obtenue en chauffant parties égales d'acide borique, de borate de soude et d'eau se présentant après refroidissement sous la forme de cristaux durs, neutres au tournesol, solubles à environ 16 p. 100 à la température de la chambre et pour ainsi dire, en toute proportion à la température de l'ébullition, et jouissant de la propriété suivante : les solutions saturées à chaud ne se précipitent pas immédiatement par le refroidissement, mais après un certain temps seulement, si bien qu'on réussit très facilement à introduire dans la caisse des solutions à 50 p. 100 et plus.

Ce degré de concentration permet de ne renouveler qu'au bout de vingt-quatre heures, et même davantage en cas de sécrétion très faible, l'application de la substance médicamenteuse.

Cette combinaison pourrait être appelée *borate de soude neutre*. Cette substance a l'avantage d'être tout à fait indolore et de n'exercer aucune action irritante.

L'auteur a traité avec le borate de soude neutre, sans distinction, tous les cas d'otite moyenne chronique et subaiguë ainsi que les otites purulentes externes qu'il a eu l'occasion d'observer pendant six mois.

Il a toujours commencé par la solution de plus de 50 p. 100 et n'a employé de solutions plus faibles que lorsque la suppuration était très diminuée.

Dans les cas de grandes perforations du tympan, il faisait suivre l'instillation de la solution d'une insufflation d'acide borique porphyrisé.

Le mode d'application était le suivant :

Après avoir procédé à un lavage complet de l'oreille suivi parfois d'une injection, par la trompe, d'eau chaude ordinaire, le conduit auditif est desséché avec de la ouate. La solution fraîchement préparée et refroidie à la température du corps, est versée dans le conduit auditif et, à l'aide de pressions sur le tragus, énergiques et répétées, poussées à travers la perforation dans l'oreille moyenne et presque dans le pharynx à travers la trompe, ce que les malades reconnaissent à la saveur, souvent désagréable, qu'ils perçoivent.

Lorsque le liquide a séjourné dans l'oreille d'une demi à deux minutes, on absorbe avec de la ouate le liquide qui séjourne dans le conduit auditif et on y met un peu de gaze.

Pour faire la solution, l'on procède de la façon suivante : On charge de sel une pointe de couteau (la valeur d'un demi-gramme environ); on introduit ce sel dans un petit verre à réactif, on y ajoute à l'aide d'une pipette un peu d'eau; on chauffe jusqu'à l'ébullition.

Puis on fait refroidir le verre, de façon à lui faire prendre la température du corps, dont on peut s'assurer en approchant le récipient de sa propre paupière, « puis on verse dans l'oreille. Il est inutile de mettre plus de précision dans le dosage de la solution, qu'il faudra employer d'autant plus concentrée que la sécrétion sera plus abondante.

Lorsque la sécrétion a notablement diminué, il est sans avantage de procéder journellement à un lavage de l'oreille.

Il est préférable d'éponger avec soin le pus qui continue à se former. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 octobre 1891. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : Résection des ovaires. — Laparotomie exploratrice. — Anévrysme du tronc brachio-céphalique.

Résection des ovaires. — M. Routier : La résection des ovaires ne peut être faite dans

toutes les lésions de ces organes. Quand il s'agit de salpingo-ovarites, de kystes, on doit préférer l'ablation totale, car il peut se produire des kystes dans un moignon ovarique et les accidents reparaissent. M. Routier a fait, dans ces conditions, des résections dont il s'est mal trouvé. Dans un cas où il y avait un ovaire scléro-kystique et une trompe saine, il s'est borné à enlever le premier; plus tard, les hémorrhagies sont survenues et, finalement, il a dû recourir à l'hystérectomie. Chez une femme à laquelle il avait enlevé partiellement l'ovaire en complétant son opération par l'hystéropexie pour fixer l'utérus rétrofléchi, l'hystérectomie vaginale devint aussi nécessaire. Lorsque l'on a affaire à des néoplasmes de l'ovaire, la castration est alors utile.

Pour M. Pozzi, il n'est pas du tout prouvé que la dégénérescence kystique se produise toujours dans les moignons lorsque la partie atteinte de l'ovaire a été enlevée. Dans les cas de M. Routier, la résection n'était pas indiquée, car cette opération reste toujours une opération d'exception. Cependant, comme on doit tenter de conserver aux femmes la fécondité, les tentatives de ce côté doivent être poursuivies. M. Pozzi n'a fait que deux fois la résection, mais des chirurgiens étrangers ont obtenu de bons résultats.

Laparotomie exploratrice. — M. Bazy cite deux faits qui montrent l'influence toute spéciale qu'a quelquefois la laparotomie exploratrice. Un malade, chez lequel on avait fait la cure radicale d'une hernie, se mit à souffrir du ventre et bientôt on put sentir une tumeur sur la ligne médiane près de l'ombilic. La laparotomie permit de trouver une masse semblant adhérente à la colonne vertébrale et que l'on ne pensa pas pouvoir enlever. On referma le ventre sans rien faire et la tumeur diminua peu à peu jusqu'à disparaître complètement.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme qui, à la suite d'une castration ovarienne, présenta une fièvre intense; le sixième jour, la température était de 40°. A l'ouverture du ventre, M. Bazy ne trouva rien et cependant, le lendemain, la température était revenue à la normale.

Anévrysme du tronc brachio-céphalique. — M. Le Dentu rapporte l'observation d'un énorme anévrysme du tronc brachio-céphalique. Les organes voisins étaient comprimés ou déplacés par la tumeur, le cœur refoulé et le malade souffrait de vives douleurs dans l'épaule et le bras droit. La tumeur, oblique à droite de bas en haut, occupait la partie supérieure du thorax et la base du cou, le tronc était incurvé à gauche, une partie du sternum et de la clavicule avaient disparu. Un prolongement cervical remontait jusqu'à la partie moyenne du cartilage thyroïde, ce qui indiquait que la carotide primitive était atteinte. Matité absolue, souffle intense, élévation de la température locale, adhérence de la peau. M. Le Dentu fit la ligature simultanée de la sous-clavière et de la carotide primitive. Il y eut d'abord un mieux sensible, malgré quelques accidents délirants, mais bientôt la tumeur augmenta, il y eut des phénomènes de compression et le malade succomba à l'asphyxie. L'opération de choix dans les anévrysmes de ce genre est celle qu'a pratiquée M. Le Dentu.

FORMULAIRE

Prises contre la dyspnée. — Bamberger.

Extrait de semences de jusquiame...........	0 gr. 20 centigr.
Racine d'ipéca..............................	0 gr. 10 centigr.
Gomme arabique pulv........................	ãã 2 grammes.
Sucre blanc pulv............................	

Mêlez et divisez en six prises. — Une le matin, une à midi et une le soir, contre la dyspnée de l'emphysème pulmonaire. — Si les bronches sont encombrées de mucosités, on administre un vomitif, et on fait une dérivation du côté de l'intestin. — Inhalations de goudron en temps ordinaire. — N. G.

COURRIER

Par divers arrêtés ministériels, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. Léon Harman, professeur à l'Ecole de médecine de Reims, et Bourdon, docteur médecin à Nice.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Charier, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Marseille; Delannégrie et Le Febvre (de Morlaix); Faraut (de Nice); Ménard (de Vitry-le-François); Maurin, pharmacien à Marseille.

— La composition écrite du concours de l'internat des hôpitaux de Paris aura lieu le lundi 19 octobre, à midi, dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel-de-Ville, entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli.

La lecture des copies sera faite, comme par le passé, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria.

— Le jury du concours pour l'hôpital de Berck-sur-Mer se compose de MM. Lannelongue, Kirmisson, Peyrot, Nicaise, Desnos et Ollivier.

Faculté de médecine de Paris. — *Inscriptions.* — Le registre d'inscriptions du premier semestre de l'année scolaire 1891-92, ouvert le jeudi 15 octobre, sera clos le samedi 21 novembre à trois heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi.

1° Inscriptions de première, deuxième et troisième années de doctorat, — de première et deuxième années d'officiat, les jeudi 15, vendredi 16, samedi 17, mercredi 21, jeudi 22, vendredi 23, samedi 24, mercredi 28, jeudi 29, vendredi 30, samedi 31 octobre et les mercredis 4, jeudi 5, vendredi 6, samedi 7, mercredi 11, jeudi 12, vendredi 13 et samedi 14 novembre.

2° Inscriptions de quatrième année de doctorat, — de troisième et quatrième années d'officiat, les mercredi 18, jeudi 19, vendredi 20 et samedi 21 novembre.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de quatrième année de doctorat et de troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du mardi 17 novembre 1891.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, seront tenus de joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le quatrième trimestre 1890-91. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

De quelques usages de l'antipyrine.

L'emploi de l'antipyrine comme nervin est connu de tous et il en est de même de ses propriétés antipyrétiquse. Cependant, il est un certain nombre d'applications du médicament qui, soit qu'elles relèvent de ses propriétés principales, soit qu'elles dépendent d'actions secondaires, méritent d'attirer l'attention du praticien. Ces usages accessoires sont, du reste, à peu près passés sous silence dans les traités de thérapeutique qui ne peuvent y consacrer que quelques lignes, et c'est pourquoi nous avons cru devoir nous en occuper ici. Enfin, nous profiterons de l'occasion pour présenter un tableau d'ensemble des accidents que peut entraîner l'usage de l'antipyrine, accidents qui présentent parfois une haute gravité.

I

Il y a déjà quelque temps que Hénocque a insisté sur l'utilité de l'antipyrine dans les *hémorrhagies :* à l'état pulvérulent ou à l'état de solution, elle agit en déterminant la contraction des vaisseaux et des tissus; en même temps, elle fait coaguler le sang. Peut-être la cicatrisation des plaies est-elle hâtée? Enfin, il y a certainement une action antiseptique. Contre l'épistaxis, on insufflera le médicament dans les narines; pour arrêter les métrorrhagies, on déposera sur le col ou dans sa cavité un tampon d'ouate renfermant une petite quantité de poudre. La solution à 1/20e suffit pour laver les surfaces saignantes pendant une opération; pour les fosses nasales, les trajets profonds, on choisira la solution à 1/5e. On peut imbiber de l'ouate, du papier à filtrer, de l'amadou stérilisé avec une solution d'antipyrine et faire sécher, pour employer, selon les besoins, à l'état sec ou humide. Hénocque s'est bien trouvé du pansement à l'antipyrine dans un cas de cancer du sein (disparition de la suppuration et de l'odeur). Le même auteur a pu arrêter l'hémorrhagie de l'amygdalotomie en badigeonnant la surface saignante avec un pinceau trempé dans une solution forte du médicament.

Les propriétés hémostatiques de l'antipyrine ont été constatées par beaucoup d'auteurs. Gœlz en eut d'heureux effets dans l'avulsion d'une dent, une épistaxis, une hémorrhagie par corps fibreux; J. Chéron, dans les opérations pratiquées sur l'utérus; Labadie-Lagrave, dans les ménorrhagies; Moncorvo, après Hénocque, a vérifié expérimentalement les propriétés hémostatiques et a obtenu d'excellents résultats en clinique.

L'emploi local de l'antipyrine arrête facilement les hémorrhagies de la bouche (Chouppe). On ne peut employer le médicament en poudre et, comme les parties sont constamment lavées par la salive, l'usage de solutions est

difficile. Pour les gencives, Chouppe, dans un cas de *purpura hemorrhagica*, fit appliquer à leur surface des bandelettes d'amadou fortement imbibées d'une solution au 5e. Il n'y eut ni sensation pénible ni irritation buccale. Les bandelettes étaient laissées en place une demi-heure et le pansement renouvelé quatre à cinq fois dans la journée; il pouvait être gardé la nuit. Les bandelettes antérieures étaient maintenues par les lèvres et celles de la face postérieure, moins nécessaires, car cette face saigne moins, unies aux précédentes par des anses de fil métallique qui passaient entre les dents et qui les comprimaient de place en place. On dut se contenter de toucher fréquemment la face interne des joues avec un tampon d'ouate imbibé de la solution d'antipyrine.

Comme *anesthésique local,* Struver a recommandé le mélange suivant :

Cocaïne..	5 grammes.
Antipyrine..	15 —
Eau distillée..	80 —

à pulvériser sur les parties opérées.

Pour l'*extraction des dents*, on peut appliquer la mixture sur les gencives pendant quinze minutes et pulvériser les méats auditifs externes avec un spray d'éther.

Martin a proposé d'associer l'antipyrine à la cocaïne pendant l'anesthésie dentaire. On fait la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne................	0 gr. 04 centigr.
Antipyrine................................	0 gr. 40 —
Eau distillée................................	1 gramme.

L'injection entre la gencive et la dent provoque plus lentement l'anesthésie que l'emploi d'une solution forte de cocaïne, mais la période anesthésique dure plus longtemps et l'extraction des dents se fait sans douleur.

L'antipyrine est utile à l'intérieur contre les hémorrhagies! La plupart des auteurs ont échoué en l'administrant *intus* contre les *hémoptysies* ou les *hématémèses.* Dans les premières, on peut, à l'exemple d'Olikhoff, faire inhaler plusieurs fois par jour la solution aqueuse. Pendant l'inhalation, l'hémorrhagie diminue; cette diminution persiste toute la durée du jour et en même temps la fièvre de la tuberculose s'atténue. Cependant, Byvolkevitsch regarde l'antipyrine comme un moyen assez actif contre les hémoptysies, qui céderaient assez rapidement à des doses de 0,50 à 1 gr. 50. Le médicament étant très indiqué dans la fièvre des tuberculeux (Jeannel, Landouzy), on pourra toujours l'essayer.

II

Hinkel a pu arrêter l'épistaxis en pulvérisant dans les fosses nasales une solution d'antipyrine à 1/30e. Les pulvérisations réussissent aussi dans le *coryza aigu*, les *irritations diverses de la muqueuse nasale,* la pharyngite et l'amygdalite aiguë. La cocaïne donne à peu près les mêmes résultats, mais il peut survenir des phénomènes généraux. Quatre cas de *fièvre des foins* ont été très améliorés par le médicament.

Jorissenne a mis en lumière l'influence rapide et curative de l'antipyrine sur les *angines* inflammatoires, herpétiques, rubéoliques et même scarlatineuses. Après les anodins locaux, ce serait l'anesthésique par excellence

pour les maux de gorge. Il y aurait avortement des angines traitées tout au début le jour du frisson ou même avant le frisson.

B. Ribeiro, dans un cas d'*angine diphthéritique grave* chez un enfant, obtint rapidement la guérison par l'emploi de l'antipyrine *intus* et *extra.* L'auteur conseille les irrigations avec la solution d'antipyrine dans la diphthérie nasale et, s'il est besoin, des insufflations de poudre.

Coupard et Saint-Hilaire recommandent l'antipyrine pour combattre la douleur et diminuer la réceptivité dans les *affections laryngées*, dans la laryngite catarrhale entretenue par des quintes de toux. Les attouchements directs insensibiliseront le larynx et à l'intérieur le médicament atténue le pouvoir excito-moteur. Les attouchements laryngés peuvent être renouvelés deux ou trois fois par semaine au moyen d'une solution concentrée de 4 à 16 grammes d'antipyrine dans 10 grammes d'eau. Enfin, on peut encore pulvériser, trois fois par jour, pendant cinq minutes, la solution suivante :

Eau distillée	200 grammes
Antipyrine	6 —

Ou en associant l'antipyrine et l'acide phénique :

Acide phénique	1 gramme.
Antipyrine	6 grammes.
Eau	500 —

Cette médication est utile dans les affections catarrhales du larynx, les congestions pharyngo-laryngées, les ulcérations tuberculeuses de l'épiglotte, la toux quinteuse des phthisiques.

Perceval a traité 24 cas de *laryngite striduleuse* par l'antipyrine, à la dose de 0,12 par heure; les résultats furent très bons, et la dyspnée disparut rapidement. Dans un seul cas, il fallut atteindre la dose de 0,10 par heure.

Huchard a vu l'antipyrine faire cesser complètement des accès d'*asthme* très fréquents et très violents, datant de plus de vingt ans; Hirsch a coupé un accès par l'injection sous-cutanée de 1 gramme d'une solution à 50 p. 100.

Nous n'insisterons pas sur le traitement de la coqueluche par l'antipyrine; il en a déjà été question dans l'*Union.*

Demme donne, dans la *broncho-pneumonie* des enfants au début, à un intervalle de deux ou trois heures, deux ou trois doses d'antipyrine renfermant chacune :

Chez un enfant de 2 à 4 ans	20 à 40 centig.
— de 5 à 10 ans	50 à 75 —
— de 11 à 15 ans	0,80 à 1 gr.

Friedlander a employé le médicament dans 14 cas de *scarlatine.* Il s'agissait d'enfants de 5 à 6 ans. La seule modification notée fut l'atténuation de la *bronchite spécifique.* Par contre, il a obtenu de bons résultats dans la bronchite aiguë fébrile; la durée de la maladie se trouve abrégée. La dose était de 0,60 pour les enfants âgés de moins de 2 ans et de 0,90 chez ceux âgés de 2 à 5 ans. Les enfants malingres et chétifs n'éprouveraient pas d'aussi bons effets de l'antipyrine que ceux qui sont bien nourris.

III

Dans les *épanchements pleurétiques,* Clément a obtenu de très bons effets de l'antipyrine. Parfois la matité absolue disparaît en quarante-huit heures. La dose nécessaire est de 6 grammes par jour par portion de 1 gramme de quatre en quatre heures; il faut continuer, pendant quelques jours, à la dose de 4 grammes une fois le liquide résorbé, afin d'éviter les récidives. La médication échoue dans les épanchements purulents et hématiques.

De son côté, Moritz (de Dorpat) a aussi traité les pleurésies par l'antipyrine. Il donne, après le principal repas, 1 gr. 50 à 2 grammes du médicament et applique une compresse très chaude sur les trois quarts de la circonférence du thorax; dès que la sueur coule abondamment, on enlève la compresse. L'antipyrine est administrée de nouveau le soir en même temps qu'une boisson chaude; le régime lacté est un bon adjuvant.

Contrairement à Clément, Moritz n'emploie ce traitement que lorsque la pleurésie est arrivée au moment où la résoption de l'épanchement tend à se faire spontanément.

L'antipyrine semble pouvoir être très utile comme *antigalactagogue.* Un des premiers, Salemi l'employa dans ce but; il donna, avec succès, 50 gr. par jour en trois doses. S. H. Ryon Tennison l'a administrée dans 6 cas à des doses de 0,60 à 1 gr. 20, répétées plusieurs jours de suite; il réussit dans tous les cas, sauf chez une hystérique. Pour Phillips se serait un agalactique incertain (2 gr. 70 en vingt-quatre heures), mais les recherches toutes récentes de Guibert semblent démonstratives; ce médecin donna 2 grammes par jour en cachet de 0,25, en prescrivant de prendre un cachet toutes les deux heures, un intervalle plus long étant laissé avant et après le repas. Dans 19 cas, la sécrétion se tarit en 2-6 jours, sans qu'on ait rien changé au régime alimentaire.

L'antipyrine a été employée dans l'*incontinence d'urine* par Perret et Devic, Gaudey, etc. Sur 27 enfants traités par Gaudey, 19 ont été guéris, 15 très améliorés et il n'y a eu que trois insuccès complets. Il a donné de 1 gr. 50 à 4 gr, en plusieurs doses à deux heures d'intervalle. Si, par exemple, on veut administrer 4 grammes, on donnera 1 gramme à quatre heures du soir, 1 gramme à six heures, 1 à huit et 1 à dix heures.

L'heure d'administration a une grande importance. Un enfant qui prend la dernière dose d'antipyrine à huit heures, n'urine pas dans la première moitié de la nuit, mais vers cinq heures du matin. Si on lui donne le médicament à neuf et dix heures, on supprime toute miction involontaire. Si l'antipyrine réussit, le résultat est de suite évident; il faut toujours, du reste, en prolonger l'usage pendant une quinzaine de jours. Les doses nécessaires à la guérison varient selon les malades.

Huchard, Dujardin-Beaumetz ont combattu avec succès le *diabète insipide* par l'antipyrine; il en est de même d'Eichhorst, d'Opitz, Ce dernier a publié trois observations dans lesquelles l'action du médicament a été très manifeste. Il conseille de l'administrer par doses de 1/2 ou de 1 gr. à chaque fois, de façon à donner 2 grammes le premier jour et à monter successivement jusqu'à 6 grammes par jour après une semaine. On interrompt alors la médication, pour la reprendre après quelques jours, s'il y a lieu. La guérison ne survient pas toujours et souvent il y a simplement une amélioration dans la polyurie et l'état général.

L'antipyrine fut employée dans le *diabète sucré* par Gonner dès 1887.

D'après les recherches de G. Sée, Dujardin-Beaumetz, Panas, A. Robin, elle fait momentanément disparaître le sucre de l'urine diabétique même quand on suspend le régime; elle agit aussi dans les diabètes gras, sans azoturie, quand elle est donnée de bonne heure. Il ne faut pas, d'après A. Robin, la prescrire pendant plus de huit à douze jours, sinon il se produit une albuminurie qui peut durer assez longtemps. Le médicament ne convient pas aux diabétiques azoturiques ou phthisiques. D'après A. Robin, on peut juger de l'efficacité de l'antipyrine dans le diabète par la densité des urines; si sucre et densité diminuent en même temps, ou si, au moins, la densité reste stationnaire, l'antipyrine est utile; si la densité s'élève, il faut en cesser l'usage. Il y a avantage à joindre à l'administration de l'antipyrine celle des alcalins, à donner, par exemple, des prises contenant 1 gramme d'antipyrine pour 2 grammes de bicarbonate de soude. Certains malades sont rebelles à la médication, et quand, après une semaine, il n'y a pas de diminution du sucre, il ne faut pas insister; la tuberculose des diabétiques n'est pas influencée.

Huchard, dans un cas de diabète azoturique, a obtenu, sans modifier le régime, une diminution de la polyurie et de la glycosurie. Il ne pense pas que le médicament puisse produire l'albuminurie.

Dans une communication toute récente, G. Sée, revenant sur l'emploi de l'antipyrine dans le diabète, a insisté sur la nécessité de ne pas dépasser 4 grammes par jour et ne pas prolonger la médication plus de huit à dix jours. En fait, l'antipyrine, dans les cas heureux, atténue les quatre symptômes cardinaux du diabète, elle permet d'intervenir chirurgicalement avec succès dans certains cas (Panas) et de faire reposer le malade de son régime. Il faudra seulement être très prudent, surveiller attentivement les malades, et s'abstenir s'il y a lieu d'admettre la possibilité d'une néphrite interstitielle.

(*A suivre*) B. MARTIN.

REVUE DES CLINIQUES

De l'examen des idées délirantes, par le docteur J. SÉGLAS (1). — L'examen clinique d'une idée délirante doit être fait à quatre points de vue principaux :

1° D'abord il s'agit d'en déterminer la variété.

On est naturellement enclin à croire que les conceptions d'une imagination en délire doivent varier à l'infini. Il n'en est rien. MM. Ball et Chambard l'ont fait remarquer, les variations quand elles existent ne sont que dans la forme, et le fond de la pensée est le plus souvent le même. « C'est, disent-ils, pour employer une expression de Kant, le moule dans lequel elle est jetée qui diffère. » Ce moule est évidemment différent suivant le degré d'instruction, le caractère, les occupations habituelles du sujet. C'est ainsi que, dans les milieux civilisés, chez les individus plus cultivés, les idées de persécution par le magnétisme, le téléphone... ont remplacé celles par la sorcellerie, le démon... qui ne se trouvent plus guère que dans certaines campagnes ou chez des aliénés d'un niveau intellectuel peu élevé.

Lorsque l'on se rend un compte exact de ces variations, quand on a bien déterminé l'idée sous sa teinte un peu changeante, il est curieux de remarquer comment, chez tous les peuples, à toutes les époques, la folie revêt la même allure, s'exprime de même. Sauf les variations de forme, le délire de persécution, par exemple, au fond, ressemble

(1) Résumé d'après le *Mercredi médical*.

aujourd'hui à ce qu'il était au moyen âge, et, lorsqu'on lit les ouvrages étrangers, on voit que les persécutés des différents pays présentent tous à l'observation les mêmes idées.

Puisque les idées délirantes sont au fond peu variables, on peut essayer de les grouper en un petit nombre de catégories, comme l'on fait MM. Ball et Chambard. Nous étudierons donc successivement les neuf catégories suivantes :

1° Idées d'humilité (désespoir, ruine, culpabilité, crainte d'accusations, de supplices);
2° Idées de persécution;
3° Idées de défense;
4° Idées hypochondriaques, de négation, d'énormité;
5° Idées de transformation corporelle;
6° Idées de satisfaction, puissance, grandeur, richesses
7° Idées religieuses;
8° Idées érotiques;
9° Idées obsédantes (obsessions).

Je dois vous dire que je n'attache aucune importance à ce groupement, sinon comme moyen d'études et comme moyen mnémotechnique.

Ces neuf catégories, comme vous le verrez par la suite, empiètent les unes sur les autres. D'un autre côté, ce n'est pas là une classification nosologique, chaque idée correspondant à une forme psychopathique différente, car elles peuvent se rencontrer dans des cas très dissemblables. Mais ce groupement est suffisant dans l'étude particulière que nous poursuivons, la séméiologie des idées délirantes.

2° Une fois la variété de l'idée déterminée, il faut analyser la formule dont le malade se sert pour l'exprimer. Cette analyse pourra même nous mettre sur la voie d'autres symptômes. Ainsi, de ces deux formules d'idées de persécution : « on m'injurie », « on m'électrise », la première révèle des hallucinations verbales auditives, la seconde des troubles de la sensibilité générale. De plus, vous pouvez être renseignés sur l'ancienneté, le pronostic du délire par certains mots particuliers, les tournures de phrases spéciales, les néologismes le plus souvent en rapport avec un état chronique. Ainsi, le persécuté qui se plaint de misères est moins avancé dans sa maladie que celui qui se dit téléphoné ou nitralé, etc.

Il faudra aussi rechercher dans la formule de l'idée délirante la localisation dans le temps du fait qu'elle exprime. L'analyse de l'idée de persécution suivante : « On me fait mal, ils sont là tous, les assassins, les voilà, ils veulent me tuer; au secours! » montre que la scène se passe au moment même, que le fait auquel l'idée fait allusion est en train de s'accomplir, et se localise dans le présent. Dans celle-ci : « Je crains qu'on ne me poursuive, on va m'arrêter, me mettre en prison », le malade n'exprime qu'une crainte, il est dans l'attente d'un fait qui doit s'accomplir, c'est l'avenir qui l'inquiète. Dans ce troisième cas, l'idée de persécution se traduira à vous d'une tout autre façon : « On me faisait toutes sortes de misères, on s'est ligué contre moi, on m'a fait éprouver toutes sortes de vexations, il y a une bande organisée contre moi qui ne cesse de me poursuivre ». Le malade vous exposer les griefs dont il a eu à se plaindre, c'est le passé qui est en jeu.

Ces trois idées de persécution expriment toutes la même pensée, mais diffèrent au point de vue de la localisation dans le temps. Cette distinction peut avoir une certaine importance clinique et psychologique. Elle peut vous mettre déjà sur la voie du diagnostic de la maladie dans son ensemble : pour l'exemple particulier que nous avons pris, je vous dirai que l'alcoolique qui a des idées de persécution envisage de préférence le présent ; le mélancolique ayant des idées du même genre exprimera surtout des craintes sur l'avenir; et le persécuté vrai ne cesse d'invoquer à l'appui de ses convictions les misères qu'il a subies dans le passé.

Dans un autre sens, cette distinction a également de l'importance. Tenons-nous-en toujours à notre exemple actuel. Si notre alcoolique persécuté parle le plus souvent du présent, c'est que c'est avant tout un halluciné visuel et que l'idée qu'il exprime n'est que la traduction d'une scène hallucinatoire se déroulant au moment même. Le second, le mélancolique à craintes de persécution, se trouve par le fait même de sa maladie dans

un état de douleur morale, d'angoisse qui lui fait toujours redouter quelque chose de fâcheux, il ne sait trop quoi, et cette incertitude nous sert à comprendre (comme nous aurons occasion de le voir) pourquoi il a rarement des hallucinations sensorielles surtout verbales. Le troisième, au contraire, le persécuté vrai, est toujours certain de ce qui s'est accompli; les misères qu'il a subies engendrent chez lui un état de croyance, de certitude, qui le rend inaccessible à tout raisonnement en sens contraire et nous explique la venue, à une certaine époque, d'hallucinations verbales auditives qui ne sont que l'expression sensorielle de ses convictions enracinées. C'est là un point qui a été bien mis en lumière par M. Chaslin. Ces considérations, toutes brèves qu'elle soient, suffiront, je pense, à vous montrer l'importance de ce point de l'analyse de l'idée délirante.

A propos des cas où le délire a trait au passé, permettez-moi de vous dire quelques mots de certains faits particuliers, qui sont ceux de délire rétrospectif et de délire palingnostique. Tout à l'heure, les idées du malade portaient bien sur des événements passés, mais à l'époque où les faits qu'il retrace ont eu lieu, il était déjà malade. Dans certaines circonstances, les choses se présentent autrement. Le malade incorpore à son délire des faits très antérieurs qu'il juge sous un jour nouveau et auxquels il attribue une importance particulière. C'est un retour en arrière, un délire rétrospectif. Parfois, tout se borne là, mais souvent aussi le malade, dans ces retours en arrière, repasse à la suite tous les détails de sa vie, les interprète tous à sa façon, refait son existence en l'accommodant à sa nouvelle manière de voir. C'est alors plutôt un délire palingnostique.

Ce sont là des distinctions en apparence subtiles, mais qui ont leur importance; si on n'est pas en garde, si on ne les connaît pas, on peut se tromper parfois sur la date d'apparition de la maladie et, par suite, le pronostic peut se ressentir de cette erreur clinique.

Il faut donc toujours faire préciser au malade l'époque où il a eu telle idée et tâcher de savoir, lorsqu'il allègue un fait passé, si à ce moment-là déjà il y attachait de l'importance ou s'il ne l'a compris que plus tard.

3° Un point de vue auquel on doit examiner toute idée délirante est celui du mode d'apparition, d'abord par rapport aux autres idées. Je me contenterai de vous dire que le mode d'apparition des idées délirantes, les unes par rapport aux autres, se fait généralement comme pour les idées saines, chez des individus bien équilibrés. Tantôt elles se produisent par association d'idées diverses, parfois elles sont le résultat d'un raisonnement : par exemple, chez certains persécutés mégalomanes qui s'expliquent leur persécution en se croyant de grands personnages, pouvant exciter la jalousie. D'autres fois, les idées délirantes succèdent à des impressions actuelles, hallucinatoires ou réelles, mais, dans ce dernier cas, faussement perçues (illusions), ou bien interprétées dans le sens des convictions erronées (interprétations délirantes). Enfin, certains aliénistes admettent chez nos malades la possibilité d'idées délirantes spontanées, apparaissant dans l'esprit du sujet sans qu'il soit possible d'expliquer leur genèse par l'un des procédés que je viens de vous énumérer.

D'un autre côté, il faut aussi étudier le mode d'apparition des idées délirantes par rapport à l'ensemble des troubles psychiques. L'aliénation, en effet, même dans les cas de délire dit partiel, affecte toujours d'une façon plus ou moins inégale l'ensemble des facultés; et, à côté des troubles de l'idéation, il y a aussi des désordres de la sensibilité morale, des troubles de la volonté, etc. Aussi, devons-nous essayer d'établir les liaisons de tous ces symptômes. Que peut nous donner cette analyse au point de vue des troubles de l'idéation que nous étudions, c'est-à-dire des idées délirantes prises dans leur ensemble? Considérées en ce sens, elles peuvent être primitives ou secondaires.

Le délire est primitif quand il apparaît d'emblée et sans être précédé d'autres désordres dans la sphère psychique. Un exemple vous fera comprendre ce genre de faits. Vous avez affaire, je suppose, à un malade atteint de délire de persécution. Vous voyez que, chez lui, l'idée délirante s'est développée progressivement, insidieusement; que le terrain, en quelque sorte, était préparé de longue date; que le sujet a toujours été égoïste, méfiant, soupçonneux, accusateur, et que ses plaintes et ses récriminations, jusqu'alors vraisemblables, sont devenues insensiblement des idées délirantes de persécution. Quelquefois, au contraire, ces mêmes idées ont pu éclater brusquement, sous

l'influence d'une cause quelconque, mais sont toujours restées en rapport direct avec l'état mental antérieur. Dans ce cas de délire primitif d'emblée, l'idée délirante n'est pas l'hypertrophie du caractère antérieur du sujet, c'est une anomalie de développement intellectuel et les aliénés de cette espèce sont bien plutôt des infirmes que des malades d'esprit.

A l'inverse de ces cas, il en est d'autres où le délire est dit secondaire si on l'envisage par rapport à l'ensemble des troubles psychiques; il n'a pas été le premier en date, mais a succédé à des troubles psychopathiques variés.

Le délire peut être secondaire par rapport à deux ordres principaux de troubles psychiques. Dans un premier cas, il succède à des désordres de la sensibilité morale, à des troubles émotionnels ou cénesthésiques, comme l'on dit, à des troubles de la volonté dont il n'est que l'interprétation faite par le malade. Voici, par exemple, une mélancolique. Chez elle, tout d'un coup, à la suite de fatigues prolongées, de chagrins violents, est survenu un état d'anéantissement profond, de douleur morale intense; elle se sentait inquiète, préoccupée, incapable de travailler, mais jugeait son état et n'avait aucun délire. Quelques mois plus tard, voici venir des idées erronées : « Elle est incapable, elle est ruinée, elle fait du dommage à tout le monde; elle souffre tant qu'elle a dû commettre un crime. Dieu ne lui pardonnera pas, elle a mal fait sa première communion; elle est maudite! » Voilà un exemple de délire secondaire survenant à la suite de troubles émotionnels de la volonté et représentant une tentative faite par le malade pour s'expliquer l'état pénible, les souffrances intérieures, l'anéantissement qui l'accablent.

Dans un autre cas, ce sont des troubles de caractère hallucinatoire qui précèdent l'éclosion des idées délirantes. Une malade se plaint qu'on la poursuit, qu'il y a des assassins dans sa chambre, elle les voit, les désigne, les fuit. L'interrogatoire vous montrera qu'elle a d'abord eu des hallucinations nocturnes, puis diurnes, et son délire n'est que la traduction de ces hallucination incessantes. Cette malade est une alcoolique, comme vous pourrez en juger par l'examen complet, mais vous pourriez trouver des faits analogues en dehors de toute intoxication. Voilà encore un fait de délire secondaire.

Ces malades, comme ceux du délire primitif, peuvent avoir de l'hérédité; mais, chez eux, les troubles de l'idéation ne sont plus la conséquence directe, la traduction progressive de la tare héréditaire s'accentuant avec le développement du sujet. L'hérédité, sans doute, a préparé le terrain, elle n'a pas fait par elle-même toute la maladie. A l'inverse des autres, ces derniers sont plutôt des malades que des infirmes de l'esprit.

Tous ces faits ont leur importance et servent de point de départ à la distinction si fort en vogue aujourd'hui, surtout à l'étranger, des délires systématisés primitifs et des délires secondaires.

4° Un dernier point de vue auquel doit être examiné l'idée délirante, c'est celui des caractères cliniques suivants : fixité ou mobilité; uniformité ou multiplicité; logique ou absurdité; incohérence ou systématisation; idée paroxystique, rémittente ou continue; perte ou conservation de la conscience.

Tous ces termes se comprennent d'eux-mêmes et nous aurons l'occasion d'examiner ensemble à ce point de vue nos différentes catégories d'idées délirantes. Quelques exemples vous feront mieux comprendre l'utilité de la détermination de ces différents caractères de l'idée délirante en ce qui regarde le diagnostic. Prenons une idée de grandeur : elle peut se présenter avec le caractère de mobilité, c'est-à-dire s'effacer, disparaître, faire place à des idées d'un autre genre pour réapparaître ensuite; elle peut être en même temps multiple, c'est-à-dire s'appliquer à un nombre plus ou moins grand de sujets; elle peut être encore, à la fois, absurde, incohérente et s'accompagner d'une perte absolue de la conscience. Une pareille idée de grandeur chez un malade devra vous faire penser à la possibilité de la paralysie générale..... Dans un autre cas, cette même idée de grandeur sera fixe, uniforme, le malade s'en tenant à la qualité qu'il s'attribue, logique et systématisée, en rapport avec le reste de son délire, toutes ses idées formant un système de persécutions bien continu; si, en outre, le malade ne veut se rendre à aucun raisonnement battant en brèche son échafaudage délirant, une

pareille idée devra éveiller en vous la pensée que vous avez affaire à un délire de persécution systématisé, arrivé à la période mégalomaniaque.

La recherche de ces caractères a donc de l'importance au point de vue du diagnostic de la forme vésanique. De plus, elle peut renseigner encore sur deux points : l'évolution de la maladie, le niveau des facultés intellectuelles. Falret père a très bien montré les caractères de l'idée délirante à ses différentes périodes ; d'abord mobile, mal déterminée, à la période d'incubation, puis se terminant, se coordonnant à une seconde période de systématisation ; enfin, se fixant, devenant immuable, stéréotypée. Ces considérations peuvent vous servir à reconnaître l'ancienneté de l'idée suivant les caractères cliniques que vous lui constaterez.

Si la systématisation d'une idée indique un état probablement chronique et grave par ce fait, d'autres caractères, comme la mobilité, la multiplicité, l'absurdité, l'incohérence plus ou moins complète, révèlent un affaiblissement intellectuel soit congénital, soit acquis ; par cela même, ils vous donnent un élément de plus d'une grande importance pour le pronostic que vous aurez à porter, pronostic demandant d'ailleurs, dans tous les cas, à être complété par la constatation d'autres faits cliniques constituant l'ensemble de la maladie.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 octobre 1891. — Présidence de M. Regnauld.

M. Nocard fait une intéressante communication sur *l'emploi de la tuberculine comme moyen de diagnostic de la tuberculose bovine.* — Des injections ont été faites à 57 animaux dont on a pu faire plus tard l'autopsie. Dix-neuf ont réagi sous l'influence de la tuberculine, 17 étaient tuberculeux, 1 avait une cirrhose du foie avec distomes et le dernier de l'adénie sans leucocytose. Dans les 38 animaux qui n'ont pas réagi, il y en avait 2 manifestement tuberculeux; plusieurs étaient atteints d'affections diverses : pleuro-pneumonie, bronchite vermineuse, échinocoques du poumon, etc. Parmi les sujets que la tuberculine a montré être atteints, 8 paraissaient absolument sains. M. Nocard pense que les éleveurs d'animaux, destinés à la production du lait, devraient rejeter tous ceux qui réagiraient à la tuberculine. Ce mode de diagnostic est à recommander dans les cas où l'animal ne fournit pas de produits morbides pouvant être inoculés ou examinés au microscope. On peut se servir soit de la tuberculine allemande, soit de celle préparée par M. Roux.

M. Nocard demande à l'Académie d'émettre le vœu de voir l'administration de l'agriculture mettre à l'étude la question de l'inspection sanitaire des étables où l'on produit le lait destiné à l'alimentation publique.

Traitement des affections cutanées saisonnières. — M. Semmola rattache un certain nombre de dermatoses (eczéma, psoriasis, etc.), qui disparaissent pendant l'été pour revenir au moment des froids, à l'élimination de produits toxiques divers par la peau ; ces produits viennent soit du tube digestif à la suite d'écarts de régime, soit de l'intimité des tissus quand les oxydations sont ralenties et les processus chimiques déviés. La suppression ou la grande diminution de la sécrétion sudorale font que les produits s'échappent sous une forme différente et deviennent nocifs. Pour rétablir une élimination cutanée normale, M. Semmola conseille l'usage des bains chauds à 30°, 35°, pendant deux ou trois heures, dès le commencement de septembre. Après quatre semaines de cette médication journalière, on emploiera la médication hydrothérapique sous la forme de douches écossaises que l'on continuera pendant tout l'hiver. L'iodure de sodium sera utile chez les scrofuleux, et les alcalins chez les goutteux et les rhumatisants.

La loi Roussel. — M. Marjolin demande qu'il y ait une loi *contraignant* les Conseils généraux à fournir les subsides nécessaires pour l'exécution de la loi.

Différenciation du bacille typhique et du bacterium coli commune. — M. Chantemesse, en son nom et en celui de M. Widal, rappelle que la spécificité du bacille typhique, d'abord admise sans conteste, est maintenant mise en doute. MM. Rodet, G. Roux et Vallet ont admis que le bacille d'Eberth n'était qu'une variété du bacterium coli commune et ont, par conséquent, ressuscité la théorie de Murchison, qui admettait la spontanéité de la dothiénenthérie.

On rencontre souvent, disent-ils, le bacillus coli dans des eaux soupçonnées d'avoir produit la fièvre typhoïde; ce microbe végète dans les matières fécales fermentées, tandis que le bacille d'Eberth ne pourrait s'y cultiver. Le bacillus coli se montre presque à l'état de pureté dans les selles des typhiques.

Tels sont les faits qui portent les expérimentateurs lyonnais à croire que le bacillus coli joue un rôle étiologique dans la fièvre typhoïde. On y trouve seulement la preuve que les eaux incriminées ont subi l'infiltration de matières fécales et que le bacillus coli s'y développe d'une façon prépondérante, fait connu. Rien d'étonnant d'autre part à voir le bacillus coli végéter dans les matières fécales fermentées, son habitat naturel. Quant à la survie du bacille typhique plongé dans les matières fécales, elle soulève une question controversée, que MM. Chantemesse et Widal ont développée ailleurs. Chez la plupart des fébricitants il est fréquent de trouver le bacterium coli presque à l'état de pureté dans le contenu intestinal, comme l'a montré M. Bard (de Lyon).

L'hypothèse est la suivante : Par simple passage à travers l'organisme humain, le bacillus coli transformerait ses caractères en ceux du bacille typhique. Cette hypothèse est contraire à toutes les observations. Dans les organes d'un typhique, le bacille d'Eberth-Gaffky se conserve avec tous ses caractères typiques, alors même qu'après la convalescence il reste perdu dans le pus d'un abcès circonscrit pendant quinze mois, comme nous l'avons observé. Le bacillus coli, lorsqu'il devient pathogène pour l'homme, lorsqu'il détermine la péritonite, la suppuration, des accidents cholériformes ou des infections généralisées, se retrouve toujours dans les tissus avec les caractères à lui particuliers et jamais avec ceux du bacille d'Eberth.

Lorsqu'il infecte l'organisme humain, le bacterium coli occasionne des symptômes et des lésions totalement différents de ceux de la fièvre typhoïde.

Un fait expérimental est l'argument décisif.

MM. Rodet et Gabriel Roux disent que le bacterium coli chauffé à 80°, pendant *treize minutes*, prend les caractères du bacille de la fièvre typhoïde, qu'il devient *eberthiforme*.

Or le bacterium coli est tué après l'exposition de quelques secondes seulement à la température de 80°, MM. Chantemesse et Widal l'ont toujours constaté. Si l'on veut étudier les modifications que la chaleur moyenne imprime au bacterium coli, il ne faut pas dépasser 60 ou 61°; le microbe conserve toujours alors ses qualités propres et il n'y a pas d'*eberthisation*.

Quoi qu'on en ait dit, MM. Babès et Kitasato ne nient pas la spécifité du bacille typhique.

Le bacille d'Eberth-Gaffky est très difficile à trouver dans l'eau, et il faut une scrupuleuse et patiente attention, mais enfin on peut réussir (Miquel, Uffelmann, Monti, Flugge, etc.). En France, en Allemagne, en Hongrie, des bactériologistes éminents ont trouvé le bacille typhique dans l'eau potable soupçonnée d'avoir produit la fièvre typhoïde.

Mais on peut faire d'une façon certaine le diagnostic entre les deux microbes. Le bacterium coli, quelle que soit son origine, *fait toujours fermenter les sucres*, le bacille typhique *ne fait pas fermenter les sucres.*

Pour s'assurer de ce fait, il suffit d'avoir recours à la technique suivante : on verse dans des matras Pasteur contenant du bouillon ordinaire additionné de 2 p. 100 de lactose, 1 ou 2 centimètres cubes de carbonate de chaux stérilisé (craie pulvérisée). Les matras, après avoir passé à l'autoclave qui chasse toutes les bulles d'air contenues dans le carbonate de chaux, sont ensemencés avec du bacterium coli ou du bacille typhique et portés à l'étuve à 37°. Déjà au bout de quelques heures on voit se dégager, à la surface du liquide, des bulles de gaz quand il s'agit d'une culture de bacterium coli. Jamais la moindre bulle n'apparait dans les cultures typhiques.

Le bacterium coli fait fermenter ainsi la lactose, la saccharose, la glucose, la maltose,

l'isodulcite et même les alcools polyatomiques, la glycérine, l'érythrite, la mannite. Il ne donne pas de fermentation avec l'amidon ni avec le glycogène.

Il fait complètement disparaître la lactose d'une culture, pourvu qu'on ajoute de temps en temps de l'eau de chaux qui neutralise l'acidité formée et permet au microbe de continuer son œuvre.

A l'aide d'une culture dans le vide, on peut retirer les gaz formés. Ils se montrent constitués en proportion sensiblement égale par de l'hydrogène et de l'acide carbonique. Il reste dans la liqueur un acide qui paraît être de l'acide acétique.

Le bacille typhique vit dans les bouillons additionnés de lactose sans jamais les faire fermenter et sans attaquer l'hydrocarbure que l'on retrouve intact. Transporté dix fois de suite de milieu sucré en milieu sucré, il continue à se développer sans acquérir la propriété fermentative. L'acide formé par la destruction du sucre sous l'influence du bacillus coli est la cause de la coagulation du lait ensemencé par ce microbe.

FORMULAIRE

Pommade contre les engelures ulcérées. — Brocq.

Acide phénique		1 gramme.
Onguent plombique	ãã	20 grammes.
Lanoline		
Huile d'amandes douces		10 grammes.
Essence de lavande		XX gouttes.

F. s. a. une pommade avec laquelle on fait deux ou trois injections par jour sur les engelures ulcérées. — N. G.

COURRIER

Ont été nommés ou promus dans l'ordre du Nicham-Iftikbar :

Au grade de commandeur. — MM. Richard, médecin principal de deuxième classe, et Pugibet, médecin-major de première classe ;

Au grade d'officier. — MM. les médecins-major de deuxième classe Hermantier, Dufaud, Gruet, Amat, Huble, Uffoltz, Brissé Saint-Macary et Simon.

— A dater du 1er novembre 1891, les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie de Bordeaux et de Toulouse et l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges délivreront les certificats d'aptitude correspondant aux diplômes nécessaires pour exercer les professions d'officier de santé, de pharmacien de deuxième classe, de sage-femme et d'herboriste de deuxième classe, dans les départements ci-après désignés :

Faculté de médecine de Bordeaux. — Gironde, Landes, Basses-Pyrénées, Lot-et-Garonne, Hautes-Pyrénées.

Faculté de médecine de Toulouse. — Haute-Garonne, Gers, Ariège, Tarn, Tarn-et-Garonne.

Ecole de médecine de Limoges. — Haute-Vienne, Corrèze, Dordogne, Lot.

Les sessions d'examen sont présidées : dans l'école de Clermont, par les professeurs de la Faculté de Toulouse. — Dans les écoles de Limoges et de Poitiers, par les professeurs de la Faculté de Bordeaux.

— Le jury du concours pour une place de chirurgien à l'hôpital de Berck-sur-Mer se compose de MM. Lannelongue, Kirmisson, Peyrot, Nicaise, Desnos et Ollivier. Les candidats sont MM. Ménard, Calot, Plicque et Millot-Carpentier.

— M. le docteur Deloix est élu député de la Dordogne.

— M. le docteur Villard vient d'être élu membre du Conseil général de la Creuse.

— Nous apprenons que M. le docteur Delastre (de Lyon), médecin-consultant à la station thermale de Brides-les-Bains, vient d'être nommé chevalier de l'Ordre royal et militaire du Christ, du Portugal.

— M le médecin-major Jobert a été mis à l'ordre du jour de la division d'Oran pour sa belle conduite dans un incendie.

Civilisation et suicide. — D'après William Matlews le nombre des suicides par an serait de 180,000. Ce chiffre irait en augmentant d'année en année. L'augmentation des cas de suicide serait en rapport direct avec la civilisation progressive. L'auteur a établi une statistique d'après laquelle les habitants des montagnes n'attentent presque jamais à leurs jours et les habitants des pays marécageux très rarement. Par contre, les habitants des régions traversées par de grands fleuves, fournissent le plus grand contingent. On observe le maximum de suicides au mois de juin et le minimum en décembre; puis c'est toujours les dix premiers jours du mois, qu'on constate le plus grand nombre de suicides. Quant aux nations, ce sont les Allemands qui se suicident le plus et les Slaves le moins souvent. La France vient en 2e, et l'Angleterre en 3e ligne.

Conservation des plumes d'acier. — On a employé diverses méthodes pour garantir les plumes métalliques de la corrosion par les encres à base de tannin : les essuie-plumes, le lavage à l'eau, la grenaille de plomb fine et humectée. etc.; mais ces moyens sont peu efficaces. On a proposé, à cet effet, l'emploi de la pomme de terre dans laquelle on pique la plume après chaque emploi. Le suc alcalin de ce tubercule neutraliserait l'acidité de l'encre adhérente à la plume et assurerait une conservation plus sûre et plus durable que par les autres procédés.

Les centenaires. — Dans un asile, à Birmingham, vient de mourir une femme âgée de 103 ans. Elle était née dans le comté de Somerset, en 1788, et avait été jusque dans les derniers temps de sa vie au service de lady Walpole. — On annonce également la mort à 101 ans de Mme Thring, veuve d'un ecclésiastique et mère de plusieurs fils distingués, parmi lesquels lord Thring, le célèbre légiste, chargé de la rédaction technique des projets de loi ministériels. (*Progrès méd.*)

Hôpital français de Constantinople. — L'*Officiel* de l'Empire ottoman annonce que l'iradé autorisant la reconstruction de l'hôpital français vient d'être promulgué. Le nouvel édifice comprendra une superficie de 6,800 mètres carrés occupés par l'ancienne bâtisse. Les magasins situés du côté du Taxim et dépendant de l'hôpital seront démolis et remplacés par d'autres qui occuperont une superficie de 5,304 mètres carrés. Comme, d'après les plans de construction, les murs de l'hôpital bordant la grand'rue de Péra et celle où est située la caserne de la brigade des pompiers seront allongés et comprendront, par suite, un terrain de 1,020 mètres carrés appartenant à la municipalité, l'administration de l'hôpital, avant de commencer les travaux, est obligée d'acheter cette parcelle de terrain.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Millet-Lacombe (de Saint-Pardoux-la-Rivière), Roux (d'Emezat), Thurel (d'Orgelet) et de l'abbé Caselli; l'inventeur du télégraphe de ce nom, connu de tous, vient de mourir à l'hôpital de Santa-Maria (Italie).

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

De quelques usages de l'antipyrine (1).

V

L'antipyrine a été employée dans les maladies des femmes par un très grand nombre de médecins qui ont utilisé soit son action hémostatique locale, ainsi que nous l'avons déjà vu, soit son action analgésique.

J. Chéron prescrit, contre les douleurs du *cancer utérin*, 1 gramme d'antipyrine et 1 gr. 50 d'ergot; les souffrances se calment et il n'y a pas de tranchées. L'antipyrine seule est beaucoup moins efficace. Si on choisit la voie hypodermique, on peut injecter successivement l'antipyrine et l'ergot. La même association est utile dans la dysménorrhée et l'aménorrhée; en injections, il suffit de doses moitié moindres que l'on peut prescrire trois fois en vingt-quatre heures.

Marquis l'a vue aussi réussir contre les douleurs du cancer utérin (0,60 en une seule fois).

Pour Chouppe, les lavement d'antipyrine donnent les meilleurs résultats contre les douleurs de la *dysménorrhée* et les tranchées consécutives à l'accouchement. Dans un cas de myome avec hémorrhagies abondantes, l'ergot arrêtait l'écoulement du sang, mais causait de très vives douleurs; l'antipyrine réussit contre les deux symptômes. Lutaud, Roncaglia, Rivière ont obtenu les mêmes effets; le médicament, dont il faut donner 2 à 3 grammes en vingt-quatre heures, n'interrompt pas, quoiqu'on en ait dit, le flux menstruel.

Wright a réussi, dans un cas de contractures tétaniques de l'utérus, avec 0,90 répétées tous les quarts d'heure. Il faut employer la médication dès le début, avant que les nerfs utérins et les centres ne soient épuisés.

Dans la dysménorrhée, Windelschmidt donne l'antipyrine en lavements contenant 1 gr. 1/2 de substance active. Une demi-heure après l'administration, les douleurs diminuent et cette diminution persiste pendant douze heures. Il y a en même temps tendance au sommeil, et quelques effets secondaires, tels que sueurs, diminution de la diurèse. On peut administrer en même temps les alcooliques pour éviter le collapsus.

Beaucoup d'auteurs ont eu recours à l'antipyrine contre les *douleurs de la parturition*.

Queirel en a obtenu de très bons effets; il donne 25 centigr. en injection et conseille de renouveler la dose, si la première reste sans effet. En géné-

(1) Suite. — Voir le numéro du 20 octobre 1891.

ral, l'action se fait sentir après vingt ou vingt-cinq minutes. Pendant la période de dilatation, les femmes sentent à peine les douleurs et cependant le travail se poursuit régulièrement; peut-être même est-il un peu accéléré. Les multipares semblent plus sensibles à l'antipyrine que les primipares.

Von Winkle a donné le médicament au commencement du travail, 1 gramme toutes les deux heures. Les femmes ont pu éviter les grandes souffrances. La température s'abaissait de 1 degré à 1 degré 1/2. Les parturientes traitées par l'antipyrine ont accouché, en moyenne, une demi-heure plus tôt que celles non traitées, la première période du travail se trouvant raccourcie.

Seeligmann a eu, dans 14 cas, des résultats très satisfaisants au point de vue des douleurs et de l'agitation nerveuse. Dans plusieurs cas, la tête était enclavée au détroit inférieur par suite du ralentissement du travail et il fallut employer le forceps (2 grammes par le rectum; inj. hypod., 1 à 3 c. c. de sol. à 50 p. 100).

J. Phillips donne l'antipyrine *per os* à la dose de 0,20 en la mélangeant avec la solution ammoniacale de la pharmacopée britannique et à l'eau de gingembre. Pour lui, le médicament est un bon analgésique, surtout pendant la période de dilatation chez les primipares; il est cependant inférieur au chloral. L'action est peu prononcée pendant la période d'expulsion. Pour les douleurs *post partum,* l'antipyrine serait utile quand il s'agit de douleurs névralgiques et qu'elles ne sont pas causées par l'expulsion de caillots.

L'antipyrine n'a pas de propriétés abortives et n'active pas la dilatation du col (Phillips); elle ne passe pas dans le lait (Trouin).

Imbert de la Touche et Fauchon ont conseillé d'injecter dans les parois abdominales l'antipyrine associée à la cocaïne; Layet l'a aussi recommandée.

Un certain nombre d'accoucheurs n'ont obtenu avec l'antipyrine que des résultats médiocres. C'est ainsi que, pour Auvard et Lefèvre, chez certaines femmes particulièrement impressionnables, l'administration du médicament en injections hypodermiques pendant le travail produit un soulagement réel, mais léger, dû probablement à l'influence morale de l'injection. Dans la majorité des cas, l'action est nulle. Lutaud n'a pas non plus obtenu de résultats.

Misrachi a tenté d'expliquer ces contradictions. Pour lui, l'antipyrine n'est pas un anesthésique obstétrical. Elle ne donne aucun résultat quand le travail est normal. Par contre, elle combat efficacement certaines complications douloureuses du travail. Elle supprime les douleurs excessives dues à la susceptibilité nerveuse exagérée, à l'écoulement prématuré des eaux, à la lenteur anormale de la dilatation du col, à la contraction spasmodique naturelle ou artificielle du corps ou du col.

L'antipyrine est encore très utile dans les douleurs prémonitoires de l'accouchement prématuré ou de l'avortement; elle peut prévenir ce dernier lorsqu'il est encore évitable. Le médicament est précieux contre les tranchées post partum, dans les coliques provoquées et entretenues par l'ergot.

Enfin si, pour Pinzani, l'antipyrine diminue réellement, mais passagèrement, les douleurs utérines pendant ou après les couches, il n'est pas prudent de l'employer, car elle affaiblit la contractilité.

VI

Mahnert a employé l'antipyrine avec succès dans un cas de *tétanos rhumatismal*, un cas de tabès avec paralysie agitante, un cas de spasme de la glotte.

Pour Sarda, l'antipyrine réussit peu contre les phénomènes d'excitation motrice, trépidation épileptoïde, réflexes exagérés, tremblements; il n'a guère eu à s'en louer dans les spasmes réflexes des hystériques; enfin, les résultats ont été nuls dans la paralysie agitante, le tic douloureux de la face.

Dans l'*épilepsie,* les observations sont contradictoires.

Wilhelm, avec 1 gr. 50 par jour, le soir avant le coucher, pendant quatre semaines, a eu aussi de très bons résultats dans un cas, mais a échoué dans sept.

Mac Call Anderson l'a employée à doses croissantes contre une épilepsie nerveuse à la suite d'une chute sur la tête. Il commença par 0,10, trois fois par jour, pour aller jusqu'à 3 grammes en trois fois; le succès fut complet.

Ch. S. Potts l'a associée au bromhydrate d'ammoniaque (0,24 à 0,36 d'antipyrine et 10 à 20 gouttes de bromure d'ammonium trois fois en vingt-quatre heures). Les deux médicaments avaient échoué employés isolément. Les accès diminuèrent rapidement de nombre et d'intensité. Bokenham l'a employée avec succès.

Enfin, voici les résultats obtenus par Fraty. Dans 7 cas, il a noté une action modératrice de l'élément convulsion; dans 1 cas il y a eu une augmention du nombre des crises coïncidant exactement avec la période de traitement. Dans 5 cas, il a fallu cesser le traitement, les malades disant éprouver un malaise général indéfinissable; trois fois il n'y a pas eu de modification. Il faut user de doses assez élevées, 3 à 8 grammes par jour. L'effet modérateur est transitoire, et les crises reviennent plus violentes après la cessation du traitement et même pendant le traitement lorsque celui se prolonge.

Pour Lemoine, elle donne des succès chez les malades qui rentrent dans les catégories suivantes :

1° Les épileptiques dont les accès sont influencés par la menstruation;

3° Ceux qui n'ont eu que des accès bénins. du petit mal;

3° Les épileptiques migraineux.

Dans le premier cas, il suffit d'ordonner 2 à 3 grammes d'antipyrine par jour quatre à cinq jours avant les règles; dans les autres cas, 2 grammes par jour suffisent.

Gautier (de Charolles) a eu deux succès.

On voit que l'antipyrine ne semble pas devoir détrôner le bromure de potassium, bien qu'elle agisse plus rapidement que lui, d'après Roscioli dont les recherches sont citées plus bas.

D'après les expériences de Caravias, l'antipyrine qui, à petites doses, diminue l'excitabilité réflexe de la moelle épinière, l'exagère à doses élevées, Keldyche a prescrit des fortes doses (4 à 6 grammes 1/2) à des malades atteints de *névrite.* Dans un cas de polynévrite alcoolique (paralysie presque complète et douleurs très intenses aux membres inférieurs) et dans un cas de névrite sciatique, les résultats furent très bons.

D'après Roscioli, l'antipyrine ne produit aucun effet dans la manie, la mélancolie et la paralysie générale; à doses élevées, dans ces deux dernières maladies, on observe une aggravation des symptômes. Dans l'épi-

lepsie, les accès convulsifs disparaissent pendant le traitement ou diminuent de nombre et d'intensité dans les cas graves pour reparaître sitôt que l'on cesse d'administrer le médicament.

Berarducci et Agostini ont administré l'antipyrine à des doses journalières de 2 à 8 grammes pendant dix-huit mois consécutifs à des malades atteints de *troubles psychiques divers*. Dans les cas où il se montrait actif, le médicament calmait l'irritation cérébrale congestive, les hallucinations, surtout celles de la vue, et l'agitation produite par les irritations douloureuses. L'évolution générale des affections psychiques n'a pas été modifiée. Les résultats ont été bons dans le petit mal, le délire hallucinatoire, la manie chronique, la démence consécutive à la manie, la première période de la paralysie générale. Le médicament a été inactif dans la manie aiguë, dans la lypémanie simple et hypochondriaque, dans l'hystérie et dans l'épilepsie à forme de grand mal.

Salemi a pu faire disparaître, à l'aide de l'antipyrine, des hallucinations de la vue et de l'ouïe durant depuis longtemps.

Dans un cas de *tétanos* survenu chez un enfant, Gorland calma considérablement ces spasmes avec l'antipyrine, mais il ne put empêcher la mort.

Gauthier (de Charolles) a obtenu des améliorations notables dans des cas de *goître exophthalmique*.

Thor préconise l'antipyrine contre les *pollutions nocturnes*; 0,50 à 1 gr. avant le coucher.

Dauchez, dans un cas de *méningite tuberculeuse*, a pu atténuer la céphalalgie chez un enfant de 4 ans en donnant l'antipyrine pendant plusieurs jours à la dose de 0,40 en quatre jours, L'action sur la fièvre a été nulle ou passagère malgré l'apparition de sueurs assez abondantes.

D'après Valude, l'emploi longtemps continué des injections sous-cutanées d'antipyrine serait un bon moyen à employer contre les méningites localisées et les *atrophies optiques* qui les suivent. Le traitement consiste dans des injections sous-cutanées de 1 gramme d'antipyrine dissoute dans 1 gr. d'eau additionnées d'un peu de cocaïne; l'injection est pratiquée tous les deux jours à la région lombaire. La douleur de l'injection est toujours un peu vive. Les observations de Valude sont très intéressantes, car on sait que l'atrophie optique est, le plus souvent, incurable et se termine par la cécité complète.

Grandclément a guéri trois cas d'*héméralopie* symptomatique de rétinite pigmentaire par des injections d'antipyrine à la tempe. C'est encore une application à bien retenir.

Le même auteur emploie le médicament avec succès en injections sous-cutanées (0,25 d'antipyrine et 0,005 de cocaïne dans dix gouttes d'eau) pratiquées à la tempe dans les douleurs oculaires et surtout préorbitaires. Le médicament agit moins bien contre l'élément spasme, mais il modifie favorablement la plupart des processus inflammatoires du globe de l'œil. L'amélioration, si elle doit se produire, apparaît dès la première injection et quatre à cinq suffisent pour obtenir tout ce que peut donner le médicament.

D'après Metgl, employée en massage sur les taies de la cornée, l'antipyrine les éclaircirait beaucoup; il faut d'abord cocaïner l'œil.

Gonperz l'a vue réussir dans l'otalgie nerveuse (8 succès sur 10 cas) à la dose de 1 gr. 50 par jour.

Harris a utilisé l'antipyrine avec succès dans un cas d'*insolation;* la température était montée à 42°2.

Le médicament a donné de bons résultats à Mahnert dans deux cas d'*asthme cardiaque* avec insuffisance aortique. Pour Huchard, il ne faut pas l'employer dans l'*angine de poitrine vraie;* il conduit trop facilement au collapsus cardiaque et, de plus, la coexistence de l'artério-sclérose doit faire craindre l'imperméabilité rénale. Par contre, on peut prescrire l'antipyrine, quand il s'agit de fausses angines, dans celles qui se produisent chez les sujets nerveux et hystériques.

Cependant, G. Sée a conseillé l'antipyrine aux malades atteints d'*anévrysme aortique.* Elle calmerait l'agitation du cœur et ferait disparaître les douleurs et les angoisses, si fréquentes dans les régions du cœur et de la crosse.

Dans un cas de *doigt à ressort,* où l'on avait eu recours, sans succès, à un grand nombre de traitements, Stein fit des injections sous-cutanées d'antipyrine *loco dolenti.* Il injecta quelques gouttes d'une solution à 50 p. 100 sous le tendon fléchisseur du doigt malade, immédiatement au-dessous de l'articulation métacarpo-phalangienne. L'injection, très douloureuse, fut suivie de gonflement et de souffrances dans la main. Ces troubles disparurent sous l'influence de la suspension et de l'application de glace, et on s'aperçut que le trouble de la motilité avait cessé. Pour l'auteur, il y aurait eu une inflammation aiguë ramollissant les tissus; le tendon aurait alors pu se creuser un canal suffisamment large.

VII

Saint-Philippe prescrit l'antipyrine, dans les *diarrhées des enfants,* à la dose de 0,50, délayée dans 50 grammes de sirop de fleur d'oranger et 50 grammes d'eau de tilleul pour les enfants de 1 jour à 6 mois, et il leur en fait prendre quatre, cinq, six, sept cuillerées à café par jour ou toutes les deux heures, un quart d'heure avant la tétée. De 6 mois à 1 an, il porte la dose à 1 gramme, et de 1 à 3 ans, à 1 gramme 50 et 2 grammes. Il donne donc, en vingt-quatre heures, de 10 à 80 centigr. Quand on redoute la forme cholérique, Saint-Philippe conseille de remplacer la fleur d'oranger par le sirop de punch. Les enfants prennent le médicament très aisément. La sécrétion urinaire diminue un peu, mais il n'y a pas d'accidents. Quand il y a des vomissements, ils cèdent rapidement, puis la diarrhée se ralentit très vite. Il n'y a pas de contre-indications, mais on échoue quelquefois.

L. Struver a employé le médicament associé à la cocaïne dans le traitement des vomissements incoercibles, soit qu'ils relevassent d'une cause centrale ou périphérique, soit qu'ils dépendissent de la grossesse. On peut employer la formule suivante :

Cocaïne	0 gr. 12 centigr.
Antipyrine	1 gramme.
Eau distillée	90 grammes.

par cuillerée à café toutes les demi-heures ou toutes les heures.

(*A suivre*) B. Martin.

Congrès de septembre 1891 (1).

I. *Tuberculose.*

Au Congrès de Marseille, un certain nombre de communications ont été faites sur le *traitement de la tuberculose.*

M. Boinet a tenté d'atténuer la virulence du bacille par le *krystalviolet* qui se fixe assez facilement sur le bacille de Koch. Il a injecté des cavernes pulmonaires sur des cadavres, et a ensuite inoculé des cobayes avec les bacilles colorés. Les cobayes ont résisté bien plus que des animaux témoins inoculés par des bacilles non atténués. L'injection de krystalviolet dans des ganglions tuberculeux a donné de très bons résultats.

M. Auriol est revenu sur l'utilité de l'emploi de l'*acide sulfureux* un peu abandonné. Sur 180 malades, il aurait obtenu 65 guérisons. Le traitement doit être continué pendant six ou huit mois.

M. Reboul traite les *adénopathies scrofulo-tuberculeuses* par les injections interstitielles de naphtol camphré. Il a employé ce traitement dans 47 cas qui ont donné 28 guérisons et 19 améliorations. La guérison n'est pas toujours absolument complète, mais on obtient au moins le retrait des ganglions.

Le traitement a été employé aussi contre la tuberculose du testicule; dans deux cas, la maladie a subi un temps d'arrêt dans son évolution et les nodosités ont diminué.

M. L-H. Petit, envisageant d'une manière générale la *curabilité de la tuberculose,* a montré que, dans l'appréciation de chaque cas, il fallait tenir compte de la constitution du malade, de son état moral, des lésions produites par les bacilles, et, enfin, du milieu social. Les phthisiques qui ont le plus de chances de guérison sont les arthritiques atteints de tuberculose accidentelle, dont le cœur et le tube digestif sont bons et qui n'ont pas de fièvre. Dans ces conditions, la vie au grand air longtemps continuée donne de bons résultats si l'on y joint l'hygiène morale. La créosote et l'iodoforme sont actuellement les deux médicaments les plus utiles. On pourra aussi recourir à la suralimentation, à l'emploi du tannin, de l'arsenic, de l'huile de foie de morue, etc.

Quelle est la cause de la *prédominence des lésions tuberculeuses au sommet du poumon?* M. Roosevelt (Washington) a rappelé que l'on admet généralement que le sommet est plus atteint parce qu'il reçoit moins d'air que les autres parties de l'organe. Si cette explication était juste, la femme, qui respire souvent avec le type costo-supérieur, devrait avoir les sommets moins fréquemment atteints que l'homme. Or, il n'en est rien. La localisation spéciale de la tuberculose au début tiendrait à ce que les bacilles de Koch envahissent l'organisme par les veines ou par les lymphatiques; de là ils passent dans le ventricule droit qui les envoie dans l'artère pulmonaire, de sorte que, finalement, ils forment des petites embolies. Il faut se défier beaucoup de l'injection par le nez ou par la bouche, de celle par l'intestin qui envoie les bacilles dans le canal thoracique.

La théorie de M. Roosevelt a été combattue par plusieurs des membres du Congrès, et, en effet, on peut faire remarquer, avec M. W. Wellker, que les embolies et les infarctus hémorrhagiques se rencontrent plus souvent à la base qu'au sommet de l'organe et, avec M. Ord, que la moindre résistance du sommet est prouvée par la fréquence, en ce point, des inflammations et des abcès.

La *lymphe de Koch* fait encore parler d'elle en Allemagne, mais ce n'est pas toujours favorablement. C'est ainsi que M. Kaposi a affirmé (Leipzig) n'avoir jamais eu une guérison de lupus; de plus, les effets des injections sont parfois nuisibles. Cependant, lorsqu'il s'agit de lupus très étendus en surface, on peut observer des améliorations plus

(1) Association française pour l'avancement des sciences (session de Marseille). — Deuxième Congrès des médecins et chirurgiens américains (Washington). — Vingt-sixième session de la Société ophthalmologique d'Heidelberg. — Deuxième Congrès de la Société allemande de dermatologie (Leipzig).

considérables qu'avec les autres traitements. La valeur diagnostique de la tuberculose est appréciable, mais non absolue.

A Washington, M. Ernst a dénié à l'emploi du produit de Koch toute importance pour le diagnostic et pour le traitement de la tuberculose. MM. Osler et Griffith ont partagé cet avis, et il semble désormais que l'immense majorité des médecins de tous les pays a renoncé à l'usage de la tuberculine.

II. *Maladies du foie.*

M. Fontan (Marseille) préconise le *cathétérisme des voies biliaires* comme complément indispensable de toute cholécystotomie. On peut le faire à demeure pour traiter un rétrécissement, et il est plus facile quand il y a eu rétention biliaire.

M. Bourdillon a vu une *cirrhose atrophique* succéder immédiatement à une fièvre typhoïde; cependant, le bacille d'Eberth n'est pas forcément en cause, car il a été trouvé des streptocoques dans le sang un mois après que la guérison de la dothiénentérie était complète.

M. Arnaud a observé, à Marseille, un certain nombre de cas d'*hépatite suppurée nostras*. Il y a hépatomégalie, fièvre intense et phénomènes généraux graves. Parfois, la maladie est causée par la dysenterie et la diarrhée, mais souvent on ne trouve pas de cause appréciable.

MM. Arnaud et d'Astros ont recherché les microbes dans trois cas d'abcès du foie d'origine dysentérique. Une fois, l'examen est resté négatif; dans le second cas, on a trouvé un streptocoque, et dans le troisième un diplocoque. Les auteurs proposent de n'employer la méthode de Stromeyer-Little que quand on ne trouve pas de microbes dans le pus, car les adhérences sont rares. Dans le cas contraire, on recourra à l'ouverture en deux temps.

De l'abcès du foie au Tonkin. — Dans ce travail, basé sur une série d'abcès du foie, observés en 1887 et 1888 dans le haut Tonkin et dans le Delta, M. le professeur Boinet insiste sur les difficultés que présente le diagnostic de l'hépatite suppurée à son début.

Dans les cas d'abcès du foie simplement probable, la ponction profonde du foie avec un trocart de 3 millimètres de diamètre est indiquée. Si on constate un écoulement de pus, l'aiguille sert de guide jusqu'à la poche, que l'on incise par le procédé de Little; les adhérences péritonéales sont très fréquentes.

L'appréciation de la méthode de Stromeyer-Little est basée sur l'examen de 78 opérations, qui ont donné 60 guérisons et ont été suivies de 18 morts.

M. Boinet a vu un abcès du lobe gauche du foie faire saillie à l'épigastre; il l'a traité par l'incision directe en un seul temps, il a noté plusieurs fois l'ouverture de la collection dans le côlon. Enfin, il a recueilli une observation d'ouverture dans la cavité pleurale, en communication avec les bronches et avec deux clapiers sous-cutanés.

Il faut faire vite le diagnostic des abcès du foie et les opérer hâtivement par la méthode de Little.

Cirrhose alcoolique. — Guérison par le calomel. — Rétrécissement artériel. — Mort par angiocholite et tuberculose. — M. Bouchard a observé un cas très particulier qui lui paraît constituer une nouvelle entité morbide. La malade avait guéri d'une cirrhose avec ascite par l'emploi journalier du calomel aux doses de 2 et 1 centigr. Le foie était insuffisant et il y avait un souffle splénique isochrone aux battements du pouls et se produisant directement dans la rate. De petites tumeurs érectiles veineuses apparurent sur la face, dans le pharynx, sur la partie interne de la dernière phalange de l'annulaire gauche. Cette dernière donna plusieurs fois des hémorrhagies inquiétantes et la malade finit par succomber à la rupture de varices œsophagiennes. Assez longtemps avant la mort, on avait pu constater l'existence de battements isochrones du pouls dans tous les points où la peau était immédiatement appliquée sur une surface résistante; le pouls capillaire sous-unguéal était fort net. Les ongles et les dernières phalanges avaient l'aspect hippocratique. On put voir apparaître au cœur un souffle systolique de la pointe non constant et

un souffle systolique de la base très fugace. Tantôt on constatait des palpitations, tantôt de l'arythmie.

A l'autopsie, on trouva les valvules normales, le cœur hypertrophié et l'aorte rétrécie; la coarctation commençait à 9 centimètres au-dessus de l'origine et s'étendait dans une partie de la région thoracique; le tissu du vaisseau n'était pas altéré. A la fin de la vie, il se développa à la fois une tuberculose pulmonaire et une angiocholite infectieuse; les voies biliaires contenaient le *bacillus coli communis*, de la boue pigmentaire, mais pas de calculs.

III. *Maladies du système nerveux.*

M. Boinet (Marseille) a observé une *hémorrhagie primitive de la moelle* à la suite d'un bain de mer prolongé. La physionomie clinique fut celle de la paralysie ascendante aiguë avec phénomènes bulbaires. Paraplégie sans troubles sensitifs, puis parésie des membres supérieurs, bientôt gêne de la déglutition, paralysie du diaphragme avec cyanose et mort en moins de quatre jours. Il y avait une forte vascularisation au niveau du bulbe et de la moelle; un foyer hémorrhagique de 26 millimètres de longueur sur 5 de largeur au niveau des méninges et correspondant avec un caillot rouge brun de 10 millimètres de hauteur sur 5 de largeur et 8 de profondeur, incrusté dans la moitié droite de la partie inférieure du renflement cervical de la moelle; une infiltration hémorrhagique de 3 centimètres de longueur empiétant sur les deux dernières paires cervicales et se logeant dans la couche superficielle de la moelle et de la région correspondante; un foyer hémorrhagique long de 12 millimètres, large de 4, au niveau de la septième cervicale. Le liquide céphalo-rachidien et le sang du ventricule gauche renfermaient des microcoques isolés, quelquefois groupés par quatre ou six. Ces microbes étaient probablement secondaires, de sorte qu'il s'agissait d'une hémorrhagie primitive.

M. Prioleau a observé des troubles du côté de la cornée dans la *tuberculose des méninges*. A la période comateuse se produisent du dépolissement et de l'opalescence. Les érosions sont très superficielles et se développent lentement, sans suppuration. A la fin de la maladie, mais avant l'insensibilité générale, on voit fréquemment la cornée pouvoir être touchée et piquée sans aucun réflexe. Probablement, ces phénomènes tiennent au développement de tubercules sur le feuillet de l'arachnoïde qui accompagne les racines du trijumeau. *(A suivre.)*

BIBLIOTHÈQUE

Formulaire des nouveaux remèdes, par le docteur G. Bardet. Cinquième édition. Paris, O. Doin, 1891.

Cette cinquième édition est considérablement augmentée. Un grand nombre d'articles nouveaux y ont pris place, surtout en ce qui concerne le traitement de la tuberculose, injections de gaïacol et de créosote, lymphe de Koch, traitement de Liebrecht par la cantharidate de potasse, etc.

Parmi les médicaments généraux récemment introduits dans la thérapeutique et longuement traités, nous trouvons les aristols, le bromoforme, le chloralamide, le condurango, l'hypnol, l'ichthyol, le jamboi, les naphtols, la piperazidine, l'acide sulforicinique, etc., etc.

La nouvelle édition du formulaire est divisée en trois parties : Première partie, revue des nouveaux remèdes, additions et changements de l'année 1890; deuxième partie, formulaire des nouveaux remèdes et des nouvelles médications parues dans l'année 1890; troisième partie, renseignements généraux comprenant une grande quantité de tableaux et de notions pratiques ainsi qu'un nouveau formulaire des intoxications. Ces deux dernières parties sont entièrement nouvelles, et dans la première partie il n'a été conservé que les articles nécessaires. Tel qu'il se présente, le Formulaire des nouveaux remèdes pour l'année 1891 est donc un livre entièrement nouveau, qui complète la série des dernières années. — P. N.

Manuel de pathologie interne, par C. Vanlair. — Paris, O. Doin, 1891.

La première édition de cet ouvrage a eu un succès si grand que l'auteur a été conduit à en publier rapidement une seconde. Un grand nombre de chapitres ont été très modifiés, la partie bactériologique a reçu de grands développements et la partie thérapeutique mise absolument à jour. Le lecteur trouvera dans cette édition l'indication des travaux les plus récents sur le diabète pancréatique, la maladie de Charrin, l'acromégalie, le myxœdème, la myocardite segmentaire, les intoxications cocaïnique, iodoformique, etc. Nous ne pouvons que répéter les éloges que nous avons donnés à la première édition de l'ouvrage. C'est certainement là un des meilleurs manuels de pathologie interne qui aient jamais été publiés. — P. Ch.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 octobre. — Présidence de M. Labbé.

Sommaire : *Polyurie dans la sciatique. — Acromégalie. — Des anomalies dans l'évolution du processus de la digestion stomacale à l'état pathologique.*

M. Rendu donne lecture d'une lettre de M. Lépine (de Lyon) au sujet de la communication de M. Debove sur la polyurie dans la sciatique.

M. Lépine a publié, en 1880, dans la thèse d'un de ses élèves, M. Hugonnard, un cas analogue à ceux de M. Debove. Depuis, il a surveillé attendivement les malades atteints de sciatique, et a pu constater qu'une polyurie bien marquée est assez rare dans cette affection.

Quant à la reproduction expérimentale du phénomène, elle est des plus faciles et des plus nettes, et l'on peut tirer, des expériences que M. Lépine a faites avec M. Hugonnard, les conclusions suivantes :

1° Les excitations moyennes ou fortes du sciatique diminuent considérablement ou même arrêtent la sécrétion urinaire;

2° Les excitations légères du nerf augmentent cette sécrétion;

3° Si l'un des reins est partiellement énervé, l'effet de l'excitation du sciatique est moindre.

M. Debove persiste à croire que la polyurie est tres fréquente dans la sciatique. Depuis sa communication, il a observé trois nouveaux cas aussi remarquables que les premiers.

— M. Du Cazal présente un malade, âgé de 46 ans, qui est un type d'acromégalie. L'affection a débuté il y a plus de vingt-trois ans; elle ne s'est accompagnée de troubles fonctionnels que depuis 1885; encore ces troubles sont-ils bien légers, c'est une diminution de force et un peu d'essoufflement; l'appétit est bon et la digestion normale. Le maxillaire inférieur de ce malade est très développé et fait en avant une saillie considérable; d'ailleurs, toute la tête a augmenté de volume. Le thorax présente la déformation désignée par M. Marie sous le nom de « bosse de polichinelle ». La macroglossie est très marquée; les doigts forment d'énormes boudins; le gros orteil mesure 12 centimètres de tour.

Les déformations osseuses ont commencé par le thorax. La colonne vertébrale est normale.

— M. Hayem : Les déviations quantitatives et qualitatives du processus stomacal, que M. Hayem avait déjà étudiées devant la Société en juillet 1890, se compliquent souvent de troubles évolutifs de ce processus.

Ces troubles consistent soit dans une accélération, soit dans un ralentissement du processus digestif.

Dans la première classe, M. Hayem range tous les cas dans lesquels l'évolution de ce processus se fait d'une manière hâtive. Cette classe comprend plusieurs variétés :

1° Une première série se caractérise par la rapidité exagérée des deux temps de la digestion, que le processus digestif soit intense ou affaibli;

2° La même accélération du processus digestif, considéré aux deux phases de son évolution, coïncide avec un affaiblissement de ce processus;

3° L'accélération du processus se complique d'une évacuation précoce du contenu stomacal. Ainsi, une heure après le repas d'épreuve, l'estomac est vide ou à peu près;

4° La première phase de la digestion est rapide comme dans les cas précédents, mais elle se prolonge, par suite d'un état particulier d'excitation stomacale accompagné d'une augmentation de la sécrétion gastrique. C'est là, par conséquent, un type beaucoup plus complexe que les précédents.

La deuxième classe comprend les anomalies par ralentissement du processus digestif. Sur les tableaux de M. Hayem, cette anomalie se traduit par l'élévation pénible de la courbe représentant les produits chloro-organiques, de telle sorte que le maximum de cette courbe n'est atteint qu'au bout de quatre-vingt-dix minutes ou même plus tard encore.

Ce ralentissement est dû en même temps à un affaiblissement de la peptonisation et à une déviation du processus digestif donnant naissance à un excès d'acide chlorhydrique libre. C'est ce qu'on appelle ordinairement « hyperchlorhydrie »; c'est « l'hyperpepsie qualitative » de M. Hayem, correspondant réellement à une « hypopepsie avec hyperchlorhydrie ».

Dans ce trouble du processus digestif, la sécrétion gastrique, très excitée, devient continue. La digestion est faible, traînante et, pour ainsi dire, indéfinie. L'estomac est en travail perpétuel, même à jeun.

Dans tous ces faits, l'estomac se débarrasse tardivement de son contenu et l'on peut alors observer la dilatation gastrique à des degrés divers.

Les résultats fournis par l'ensemble des faits concernant l'évolution du processus digestif peuvent ainsi se résumer :

En l'absence d'obstacle mécanique au passage du contenu stomacal de l'estomac dans l'intestin, l'évacuation de l'estomac paraît être subordonnée à l'évolution du processus digestif, que celui-ci soit intense ou affaibli.

Dès que l'estomac a accompli le travail qu'il est susceptible de faire, ce travail fût-il nul ou à peu près, il se débarrasse de son contenu. Au contraire, lorsque, sous l'influence d'un genre particulier d'excitation, le travail stomacal est traînant ou même continu, l'évacuation stomacale est retardée. Comme l'évolution du processus digestif dépend elle-même de la quantité et de la qualité des sécrétions gastriques, on peut dire, comme conclusion, que les troubles moteurs de l'estomac paraissent être régis par les altérations sécrétoires et fermentatives.

On a voulu récemment, surtout à l'étranger, expliquer la plupart des diverses formes de dyspepsie par des désordres nervo-moteurs. Ainsi, l'atonie gastrique aboutissant plus tard à la dilatation serait le plus souvent primitive et expliquerait les modifications du processus chimique. Mais l'examen sérieux des faits n'est point favorable à ces théories hypothétiques.

FORMULAIRE

Pommade contre la blépharite et l'eczéma des paupières.

Stellwag de Carion.

On ramollit les croûtes des paupières à l'eau chaude; on les essuie avec de la ouate hydrophile, puis on y étend, matin et soir, la pommade suivante :

Précipité jaune	0 gr. 10 centigr.
Vaseline	5 grammes.

S'il existe de l'eczéma des paupières, on a recours à une pommade contenant :

Acide salicylique	1 gramme.
Oxyde de zinc	5 grammes.
Amidon pur	5 —
Vaseline pure	10 —

Enfin, dans le cas d'eczéma aigu, on emploie une pommade composée de 20 centigrammes de céruse pour 20 grammes de vaseline. — N. G.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

— Le concours de l'internat s'est ouvert, le lundi 19 octobre, à l'Hôtel de Ville, à midi.

La question tirée au sort était intitulée : « Articulation tibio-tarsienne. — Périostite phlegmoneuse diffuse. »

Les questions restées dans l'urne étaient : 1° « Veines du membre inférieur. — Phlegmatia alba dolens. — 2° Muscles intrinsèques du larynx. — Goître exophthalmique. »

— Le jury des concours de médailles d'or est arrêté ainsi :

Médecine : MM. Broca, Empis, Merklen, Œttinger et Barth.

Chirurgie : MM. Auvard, Gombault (d'Ivry), Guérin, Jalaguier et Prengrueber.

— M. le docteur Grout, médecin à Petit-Quevilly (65 ans d'exercice de la profession médicale), est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Catrin, répétiteur à l'Ecole du service militaire, est nommé professeur agrégé au Val-de-Grâce.

FACULTÉ DES SCIENCES. — *Bourses d'agrégation.* — Une bourse de 1,800 francs est attribuée pour l'année scolaire 1891-1892, au candidat à l'agrégation dont le nom suit :

Toulouse. — Sciences physiques : M. Laniès (J.-B.-B.), boursier de licence à la Faculté. Le père est charpentier à Albas (Lot); 2 enfants. — Des bourses de 1,500 francs sont attribuées pour l'année scolaire 1891-1892, près les Facultés ci-après désignées, aux candidats dont les noms suivent :

Paris. — Sciences physiques : M. Pont (G.-A.), étudiant libre à la Faculté. Le père, employé de commerce à Clermont-Ferrand; 1 enfant. — Sciences naturelles : M. Lamy (L.-E.), maître répétiteur au lycée de Brest. La mère, veuve d'un chef de bureau au ministère de la guerre; 1 enfant.

Grenoble. — Sciences physiques : M. Baret (P.-E.), boursier de licence à la Faculté. Le père, maître mineur à N.-D. de Vaux (Isère), 1 enfant.

Lille. — Sciences physiques : M. Cacheleux (E.-P.-L.), boursier de licence à la Faculté. Le père, meunier à Flixecourt (Somme); 2 enfants.

Marseille. — Sciences physiques : M. Devaud (M.-P.), boursier de licence à la Faculté. Le père, cultivateur à Saint-Cyr-les-Champagnes (Dordogne); 3 enfants.

Nancy. — Sciences physiques : M. Badonnel (M.-G.-V.), boursier de licence à la Faculté. La mère, veuve d'un instituteur à Laveline-du-Houx (Vosges); 3 enfants. M. Delatour (H.-F.-F.), maître répétiteur au lycée de Vesoul, en congé. Le père, tourneur à Ravilloles (Jura); 6 enfants.

Bordeaux. — Deux tiers de bourse sont attribués, pour l'année scolaire 1891-1892, près la Faculté des sciences de Bordeaux, au candidat à l'agrégation dont le nom suit : Sciences physiques : M. Turpain (A.-C.-L.), étudiant libre à la Faculté. La mère, veuve à Bordeaux; 3 enfants.

Le lit a deux. — Un argument pour les ménages qui aiment à faire chambre à part. C'est *The Lancet* qui le leur fournit. « Rien, dit ce journal, ne détraque autant le système nerveux d'une personne qui élimine de la force nerveuse, comme de coucher toute une nuit avec une autre personne, qui absorbe cette même force nerveuse. Celle-ci dormira profondément toute la nuit et se lèvera le matin allègre et bien reposée, tandis que l'autre passera une nuit abominable et se réveillera sans forces, découragée, abattue, bourrue et irritable. Deux personnes ne devraient jamais dormir ensemble d'une manière habituelle. L'une gagne ce que l'autre perd. C'est là loi. »

On se demande où *The Lancet* a découvert cette loi, et à quoi se reconnaissent les personnes qui éliminent et celles qui absorbent de la force nerveuse? Il y a bien quelque chose d'analogue dans l'histoire du roi David, à qui les médecins de l'époque conseillèrent de mettre dans sa couche une « jeunesse » pour réconforter ses forces défaillantes. Mais cette histoire manque d'autorité scientifique.

Cependant un autre journal, non moins sérieux que *The Lancet*, les *Annals of Hygiene*, partage l'opinion du journal : « Un grand nombre, dit-il, des malaises nerveux dont on se plaint souvent le matin au lever sont dus à l'habitude de coucher à deux. Il se fait pendant la nuit des échanges électriques entre les organismes en présence et la répartition inégale de ces forces électriques dégagées finit par amener des résultats fâcheux. »

A la bonne heure! Et voilà peut-être l'explication de bien des brouilles domestiques et de ruptures conjugales, l'incompatibilité nocturne électrique! Et quelle belle cause à plaider pour les avocats de divorce : la puissance absorbante de madame épuisant les courants électriques de monsieur! (*La Médecine moderne.*)

Statistique de l'Institut Pasteur. — Pendant le mois d'août 1891, 128 personnes ont été traitées à l'Institut Pasteur.

Sur ce nombre :

28 ont été mordues par des animaux dont la rage a été reconnue expérimentalement.

76 ont été mordues par des animaux reconnus enragés à l'examen vétérinaire.

24 ont été mordues par des animaux suspects de la rage.

Les animaux mordeurs ont été : chiens, 107 fois ; chats, 12 fois ; cheval, 1 fois ; vaches, 6 fois ; âne, 1 fois. Dans un cas, la morsure a été faite par un enfant atteint de rage.

Clinique française (76, rue de Vaugirard, et 30, rue d'Assas). — *Cours de laryngologie, rhinologie et otologie.* — M. le docteur Baratoux commencera son cours le jeudi 5 novembre, à deux heures du soir, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Ce cours essentiellement pratique sera complet en deux mois. — S'inscrire au secrétariat de la Clinique française.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Félix Berger (de Bischwiller), ancien membre du Conseil général du Bas-Rhin en 1848, décédé à l'âge de 78 ans. Il était le beau-père de M. le docteur Christian, médecin en chef de Charenton.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

On se rappelle l'importante communication faite au Congrès de la tuberculose par M. Verneuil sur l'émigration des tuberculeux des villes à la campagne. Notre éminent maître signalait un des dangers de cette émigration, à savoir la possibilité de la contagion des habitants des villages par les tuberculeux immigrés. Comme moyen de prévenir ce danger, on pourrait créer des fermes, des villages mêmes, où les malades pauvres se livreraient aux travaux des champs, et pourraient ainsi combattre leur ennemi en vivant en plein air.

L'idée était bonne, et elle est sur le point d'être réalisée en Amérique. Les Américains ne connaissent pas d'obstacles matériels, surtout quand il suffit de l'argent pour les surmonter, et lorsqu'un projet paraît pratique, ils trouvent vite l'argent nécessaire pour le mettre à exécution. Une compagnie financière vient donc de se former à Philadelphie pour la fondation de villages spécialement destinés au traitement des tuberculeux de toutes les classes de la Société.

Le premier village de ce genre sera créé en Floride, dans la presqu'île

FEUILLETON

CAUSERIE

Nous continuerons à insérer les exploits des charlatans jusqu'à ce qu'il n'y en ait plus sur terre, c'est-à-dire..... jusqu'à ce que les magistrats continuent à les traiter un peu moins en amis.

L'*Année médicale*, de Caen, relate un fait fort instructif à cet égard. Deux médecins, ayant réduit une luxation de l'épaule, envoient leur note d'honoraires, ci, 40 francs. Refus de payement; assignation en justice de paix. Le juge de paix a réduit la note à 30 francs, parce que le client affirmait qu'il avait dû faire compléter la réduction (de la luxation, pas de la note) par un rebouteur, M. Guillard (propriétaire [?] à Moult, déjà condamné en mai dernier à 15 francs d'amende pour exercice illégal de la médecine). S'appuyer sur un fait d'exercice illégal pour justifier une réduction d'honoraires, même pour une réduction de luxation, c'est assez coquet! (Prière au compositeur de ne pas me faire dire coquin). Recommandé spécialement aux tribunaux dont la bienveillance à l'égard des médecins est bien connue.

*
* *

Les rebouteurs et les charlatans n'existent pas qu'en France.

des Pinellas, près des bords du golfe du Mexique, sur un plateau élevé couvert de sapins, il portera le nom de Nouvelle-Florence. Il se composera de villas particulières pouvant être mises à la disposition des malades riches et de chalets comprenant des appartements de toute grandeur, suivant le désir et la forture des malades. Villas et chalets auront chacun leur jardin. Des gardes-malades se tiendront à la disposition des habitants, qui recevront en outre tous les soins médicaux que réclamera leur état de santé. A cet effet, il sera créé un certain nombre de pavillons spéciaux contenant les dernières inventions thérapeutiques. Tout le village, construit suivant les exigences de l'hygiène moderne, sera placé sous une surveillance médicale permanente.

Le projet américain n'a tenu compte que des malades qui peuvent payer. Ce n'est pas assez, car les plus nombreux sont évidemment ceux qui ne peuvent pas payer et qui encombrent les hôpitaux ou sont obligés de travailler pour gagner leur vie. Ceux-là appartiennent à une classe assez intéressante de la Société pour qu'on songe à leur venir en aide. C'est pour cela que les villages agricoles seraient très utiles. L'installation de fermes modèles, avec maisons d'habitation construites suivant les règles de l'hygiène moderne serait non seulement profitable aux malades, mais encore rémunératrice pour les Sociétés financières qui en prendraient l'initiative. C'est là évidemment un des côtés de la question qui mérite le plus d'attirer l'attention.

Ici se pose une objection. Mais, dira-t-on, si l'on trouve le vaccin du virus tuberculeux, et qu'on puisse guérir la tuberculose en un temps très court, un mois ou deux, par exemple, que deviendront les établissements qu'on aura créés pour les tuberculeux? N'aura-t-on pas dépensé beaucoup d'argent en pure perte?

A cela on peut répondre que, pour que la guérison de la tuberculose fût radicale, il faudrait supprimer du même coup, à la même minute, tous les germes tuberculeux, et, en même temps, changer du tout au tout le terrain, c'est-à-dire l'organisme du malade, de manière à le rendre pour tou-

---

La *Deutsche medizinische Zeitung* (n° 65 de 1891) dit avoir dans ses bureaux les lettres suivantes :

« Dresden, le 28 avril.

« Monsieur L... En réponse à votre lettre adressée à M. Gœssel, je suis chargé de vous dire que M. Gœssel, très occupé en ce moment, ne peut se charger de nouveaux malades. Il ne peut rien vous dire sur les convulsions de votre enfant. Si toutefois vous désirez avoir un diagnostic précis relatif au siège de la maladie, veuillez envoyer un linge porté par votre enfant, pas de chaussettes autant que possible. M. Gœssel pourra alors vous donner le conseil que vous lui demandez.

« Le prix du diagnostic est de 10 marks.

« Avec respect,

« C. von Zeschau. »

2. « Dresden, le 13 mai 1891.

« Enfant L...

« *Diagnostic* (*chemisette et boucle d'oreille*).

« La rétraction convulsive des poumons produit un arrêt du sang dans les vaisseaux, principalement en haut du cœur; le sang ne peut changer dans le cerveau pendant plusieurs minutes, ce qui fait que les nerfs s'arrêtent et que le cœur est pris d'un travail convulsif.

jours inapte à la germination du bacille. Or, la réalisation de ces deux conditions, la première tout au moins, est absolument impossible. Tant qu'il restera des tuberculeux, leurs voisins, leurs parents, leurs relations seront exposés à la contagion, et il est probable qu'il y en aura toujours. De plus, l'organisme des tuberculeux ne sera modifié favorablement que par la vie au grand air, avec un régime fortifiant. Où pourra-t-on mieux trouver ces conditions qu'à la campagne?

Donc, la découverte du vaccin tuberculeux n'empêchera pas les malades d'être obligés de séjourner longtemps encore dans un milieu favorable au rétablissement de leur constitution; et c'est pourquoi, quoi qu'il arrive, les établissements que l'on créera pour le traitement des tuberculeux conserveront toujours leur utilité.

— J'étais loin de Paris lorsqu'eut lieu, à l'Académie de médecine, dans la séance du 15 septembre, un incident au sujet du dépôt de deux plis cachetés. N'en ayant pas eu connaissance à cette époque, je désire revenir aujourd'hui sur cet incident. M. le baron Larrey a pris la parole pour s'élever contre l'abondance inexpliquée de ces plis qui venaient s'abattre à chaque séance sur le bureau de l'Académie, si bien que la bibliothèque en est véritablement encombrée. Les neuf dixièmes de ces plis restent cachetés indéfiniment, les auteurs faisant eux-mêmes bonne justice de la valeur de leur dépôt.

M. Larrey se demandait alors s'il n'y aurait pas moyen d'éviter cet abus, et si un choix ne pourrait limiter le nombre des dépôts. Le président, M. Tarnier, pense qu'il suffit de signaler le fait pour que les auteurs usent de plus de discrétion.

La *Gazette des hôpitaux* n'est pas de l'avis de l'honorable président de l'Académie. Pour notre confrère, les plis cachetés proviennent de trois catégories de déposants : les uns, véritables savants, hommes instruits, travailleurs, viennent confier à l'Académie la garde d'un travail qui n'est pas encore mûr, mais qui donne des espérances et dont ils ne veulent pas se voir enlever la priorité. Les autres, moins instruits, mais de bonne foi,

---

« Comme traitement : compresses d'eau tiède avec un peu de vinaigre de 24°, matin et soir, sur le côté droit, où se trouvent l'estomac et le foie. Les aliments se composeront de légumes, salades, épinards et œufs. Bains avec de la colle et laver tous les soirs les pieds avec de l'eau tiède.

« C. M. Gœssel, *anatomiste.* »

***

L'*Intermédiaire des chercheurs et des curieux,* qui, depuis quelque temps, s'occupe un peu des choses de la médecine, a posé dernièrement la question suivante :

« Je viens recourir à un intermédiaire plus docte que moi, pour arriver à connaître la véritable étymologie du mot CARABIN, appliqué à l'ancienne cavalerie légère. Littré, suivant son expression, met deux étymologies en présence; mais cette cavalerie est-elle venue de la Calabre? J'en doute fort, malgré l'autorité de Du Cange. Je suis porté à croire que les Espagnols sont les premiers auteurs de cette milice qui devait, du reste, disparaître promptement de l'armée française.

« Depuis quelle époque les étudiants en médecine sont-ils familièrement appelés *carabins* et pourquoi ce terme de dénigrement? »

Voici la réponse du docteur Mouin :

« D'après un savant étymologiste, Charles Toubin, le mot *carabin* serait une abréviation de *carabin de Saint-Côme.* On sait que Saint-Côme, patron des chirurgiens, avait donné son nom à l'ancienne Ecole de médecine de Paris. C'est par une comparaison grossière entre la *carabine,* et l'arme chère à Pourceaugnac, que le mot *carabin* a pris

s'imaginent avoir fait une découverte qui doit bouleverser la science et la portent en hâte à l'Académie. Le temps se charge de faire justice de leurs prétentions. Enfin, les troisièmes, les plus nombreux, ne voient dans la tribune académique qu'une officine où ils peuvent donner à leur réclame une allure honnêtement scientifique. Il importe à l'Académie de ne point se prêter à de pareilles combinaisons.

« Nous ne savons, dit la *Gazette*, si les règlements l'arment contre de tels abus, mais il nous semble que chaque dépôt d'un pli cacheté est suivi d'un vote pour l'acceptation ou la non-acceptation de ce pli. C'est, à l'heure actuelle, une simple formalité qui s'accomplit au milieu du bruit de toutes les conversations. Ce vote, plus sérieusement émis, ne peut-il suffire à l'Académie pour lui éviter de devenir la poste restante d'élucubrations sans valeur ? »

La classification des plis cachetés émise par notre confrère nous semble exacte, mais il nous semble aussi qu'il y aurait un meilleur moyen d'en éviter l'encombrement. Ce serait d'exiger des déposants que leur pli fût accompagné de la signature de deux membres de l'Académie. Je m'imagine que, de cette façon, bon nombre de ces plis ne franchiraient pas la porte de la savante Compagnie, car, bien entendu, les honorables académiciens ne donneraient leur signature qu'à bon escient. De plus, pour débarrasser la bibliothèque des plis trop anciens, on pourrait très bien détruire ceux qui n'auraient pas été ouverts deux années après leur dépôt. Ce temps serait amplement suffisant pour que les travaux sérieux acquissent la maturité qui leur manquait au moment où leurs auteurs les ont confiés à l'Académie.

L.-H. P.

Congrès de septembre 1891 (1).

M. Boé a rapporté un cas d'*hémianopsie homonyme supérieure*. La moitié supérieure du champ visuel des deux yeux est perdue, et cependant l'acuité visuelle est restée intacte.

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 octobre 1891.

---

naissance comme synonyme d'étudiant en médecine. Comparez avec les locutions populacières : *artilleur de la pièce humide*, *mousquetaire à genoux*, etc. »

Voici une autre réponse, très ingénieuse, du docteur J. Foulon, de Nouvion et Catillon (Aisne).

« Le mot *carabin* date du XVIe siècle; il a été introduit dans la langue française à l'époque de la Renaissance, comme tant d'autres que l'on trouve dans les œuvres du vieux François Rabelais, un confrère de l'Ecole de Lyon, doublé d'un curé de Meudon.

« *Carabin* veut dire : *coupeur de chair*... Caro, carnis, etc., et bino, binare, *je divise, diviser*, *couper en deux*, la chair.

« Le mot *carabin* a été employé depuis l'époque précitée comme terme de dérision et le sera encore longtemps.

« Personne ne s'intitulera jamais sérieusement *carabin*, pas plus que l'on ne s'intitulera : *machicot*, chantre d'église, ou *savetier*, bottier. »

* * *

Il y a longtemps que l'on connaissait les propriétés conservatrices du sel pour les viandes, mais je crois que l'expérience n'avait jamais été faite sur les corps humains; le hasard, qui s'occupe toujours de bien faire les choses, s'est encore mêlé de celle-là.

Le 5 février 1849, à la suite d'un combat à Salzbourg, la terre étant gelée, on ne put enterrer les cadavres. Un grand nombre de ceux-ci, gelés eux-mêmes, furent jetés dans un puits d'eau salée. Quarante-un an après, le 3 juillet 1890, une pluie torrentielle

On note une diminution de l'odorat et l'affaiblisssement du réflexe rotulien d'un côté. Le malade a eu la syphilis en 1878. Peut-être un seul lobe occipital est-il atteint et y a-t-il une distribution anormale des fibres des deux rétines.

M. BIDON a aussi recueilli un cas d'*hémianopsie*. Son malade a eu une attaque d'apoplexie causée par un ramollissement; il présenta des hallucinations toujours localisées à gauche et de la diplopie; il ne voyait que la moitié droite des objets. Dans la suite, le champ visuel s'est très peu agrandi, mais l'état général est actuellement bon. Le foyer de ramollissement doit siéger dans le lobe occipital droit.

M. BIDON a encore communiqué un cas d'*amnésie postéclamptique*. La malade, âgé de 28 ans, avait eu des attaques éclamptiques au nombre de trois après la rupture de la poche des eaux et il s'en produisit plusieurs autres après l'accouchement. Dès le lendemain, elle avait oublié toutes les circonstances relatives à son mariage et se croyait un an plus tôt. A la suite de l'éclampsie, la perte de la mémoire peut ne porter que sur des mots isolés, des chiffres, ou bien la malade oublie tout ce qui se rapporte à l'accouchement, ou, dans des cas rares, la période qui sort des souvenirs est beaucoup plus longue.

C'est à la suite d'une tentative de suicide par l'oxyde de carbone que M. FALLOT a vu se produire une *amnésie*. Le malade avait oublié non seulement sa tentative de suicide, mais tout ce qui s'était passé deux jours auparavant.

M. LATIL a observé, dans deux familles, un exemple remarquable de la *transmission héréditaire des maladies de la moelle épinière*. Dans la famille A..., il a pu suivre et voir évoluer, pendant quatre générations successives, l'*ataxie de Friedreich*. La maladie a évolué avec tous ses symptômes cardinaux : caractère familial, incoordination motrice, se manifestant dans les jambes et les bras, d'abord sous forme d'incertitude, puis avec les caractères ataxiformes; troubles de la parole, absence de douleurs fulgurantes, de crises viscérales, de troubles de la sensibilité. Ont manqué : le nystagmus et la déviation vertébrale. Ainsi que l'avait signalé Mendel, la maladie a débuté chez un des sujets par du tremblement de l'écriture dès l'enfance. Elle a successivement frappé huit membres de la famille A..., avec une prédilection marquée pour la branche aînée, cinq hommes et trois femmes. Associés à l'ataxie, il y a eu, dans la famille A..., un cas de diabète, un cas de lypémanie, un cas d'hystérie avec ataxie-abasie.

La famille B... a présenté un exemple rare de myélite transverse avec paraplégie

---

remplit ce puits en amenant à la surface plusieurs cadavres en parfait état de conservation.

Un détail intéressant, c'est qu'à l'autopsie de ces corps, on trouva des cristaux de sels même dans les cavités closes : abdomen, péricarde, cerveau; il en existait aussi dans l'intestin, le poumon.

Cette pénétration d'un milieu liquide à l'intérieur du corps n'a pas encore été signalée. Tous ces cadavres n'avaient plus de globes oculaires, même celui d'un homme qui s'était jeté dans ce puits il y a quatre ans, et qui seul avait conservé tout son système pileux, ce qui permit d'en établir l'identité. La peau, le tissu sous-cutané ont le même aspect qu'à l'état frais. Les organes glanduleux, tels que les testicules, ont gardé leur structure caractéristique. Le myocarde est tel qu'immédiatement après la mort. Les os sont imbibés par l'hémoglobine dissoute.

*
* *

Les femmes américaines ont un autre moyen de conserver leur corps. Elles ont, du reste, toujours quelque chose d'extraordinaire à faire. Naguère, elles partaient en campagne contre les Mormons; puis elles ont livré bataille aux cabarets; les voilà maintenant aux prises avec les corsets.

Leur prédicateur est un nommé Fraser qui, suivi de son bataillon de fidèles, va de ville en ville tonner, au nom du Christ, contre les corsets. Oui, les corsets, mais en examinant, comme autrefois Malgaigne, cette question de haut.

L'autre jour, à Ottawa, son succès a dépassé toute limite.

atteignant sept membres de trois générations, frappant *tous les aînés* sans exception et se révélant de 18 à 40 ans. La maladie de la moelle est toujours restée la même : paraplégie plus ou moins complète, anesthésie, abolition des réflexes.

Dans les deux familles, l'affection héréditaire s'est toujours transmise semblable à elle-même, aussi caractérisée chez le petit-fils que chez l'aïeul. Elle a affecté une prédilection marquée pour les aînés. Elle a pu se combiner à d'autres maladies diathésiques, introduites par des croisements, mais n'a paru dépendre d'aucune d'elles.

MM. Boinet et Bourdillon ont recuilli deux observations de *maladie de Graves* dans lesquelles il relèvent les particularités suivantes :

1° Dans l'étiologie, l'absence d'hystérie, d'épilepsie, de lésions nerveuses, de chlorose, de troubles menstruels antérieurs, et la présence seulement d'une disposition névropathique vague et d'une cause déterminante émotive.

2° Dans le tableau clinique :

a) Le *tremblement* qui, dans la première observation, n'épargnait pas la langue, sans qu'il y eût alcoolisme, paralysie générale ou hystérie. La présence d'une localisation linguale du tremblement ne devra donc pas suffire à faire rejeter la maladie de Basedow, dans les cas douteux ;

b) Des *mouvements choréiformes* chez la deuxième malade ;

c) La présence de *névralgies du trijumeau* et du *plexus brachial* ;

d) La *parésie* du bras droit dans la première observation, et dans la deuxième observation une parésie des deux membres inférieurs ;

e) Des *troubles gastriques*, accompagnés de douleurs vives sous forme de crises et de vomissements, puis d'hématémèse ;

f) Une *poussée d'ictère* dont la deuxième malade a fourni un exemple ;

g) La *différence de l'état général* de ces deux malades, l'une âgée de 42 ans, malade depuis vingt et un ans, et, à proprement parler, cachectique ; l'autre âgée de 22 ans, atteinte depuis cinq mois à peine et déjà cachectisée profondément. Cette marche paraît essentiellement dépendre de la maladie première et non d'une complication. Gauthier (de Charolles) a rapproché cette cachexie du myxœdème rattaché à la suppression du corps thyroïde ; d'autres auteurs l'ont rapprochée de la maladie d'Addison, et, de fait, la deuxième malade présentait une association de signes curieux au point de vue de la ressemblance de quelques-uns avec ceux de la maladie d'Addison. Peut-être faudra-

---

« Comment, a-t-il dit aux nombreuses femmes qui l'écoutaient, vous êtes nées avec des formes splendides, et vous mourez contrefaites parce que vous vous obstinez à porter des corsets ! Débarrassez-vous de cette funeste invention, et retournez à Dieu telles qu'il vous a faites, brûlez vos corsets plutôt que de brûler vous-mêmes dans les flammes éternelles. »

Ces paroles ont produit dans l'assemblée une agitation extraordinaire. Fraser avait à peine fermé la bouche que deux ou trois enthousiastes ramassaient à la hâte des morceaux de bois et des brins de paille et en formaient un bûcher, auquel elles mettaient le feu. Alors on vit une jeune femme d'une vingtaine d'années s'avancer vers le brasier s'écriant : « Je veux mourir comme Dieu m'a faite et non pas comme je me suis faite moi-même ! »

Et, aussitôt, elle défait sa robe, dégrafe son corset et le lance sur le bûcher dont les flammes rougeâtres font ressortir la blancheur de ses épaules. A partir de ce moment, c'est un véritable délire ; les femmes se dépouillent l'une après l'autre de leur corset et le livrent aux flammes !

Au bout d'une demi-heure, les « formes splendides » si vantées par l'éloquent Fraser avaient repris toute leur liberté ; il ne restait plus un seul corset dans toute l'assemblée. Pendant cette curieuse exécution, quelques femmes se sont évanouies, mais on assure que c'est par excès de joie : la satisfaction du devoir accompli, sans doute.

Quand un médecin s'élève contre le corset au nom du foie, il n'obtient pas de si beaux succès !

Simplissime.

t-il faire jouer un certain rôle aux ptomaïnes sur lesquelles M. Boinet a attiré l'attention.

MM. Boinet et Silbert ont, en effet, pu extraire des urines, dans un cas de maladie de Graves, trois variétés principales de *ptomaïnes*; le principe actif principal est convulsivant.

M. Laget a rapporté l'histoire intéressante d'une malade qui a subi la néphrotomie à droite pour des crises néphrétiques rebelles que l'on attribuait à un calcul. Or, il s'agissait d'un *tabès dorsal ataxique* qui a été vérifié par l'autopsie.

M. Schnell a vu l'ataxie s'accompagner de *paralysie du voile du palais*. Cette paralysie peut être double et alors la luette est pendante, ou unilatérale, et alors la luette est rejetée à droite ou à gauche.

M. Rouvier a eu occasion d'observer un cas d'*éclampsie post-puerpérale* qui fut suivi de mort; les premières convulsions se montrèrent le treizième jour. Il est probable que l'éclampsie a été causée par des troubles de la respiration cutanée, car la malade était atteinte d'une affection polymorphe généralisée.

M. Oddo a étudié les caractères généraux des *tremblements hystériques*. Les traits communs sont constitués :

1° Par la nature des causes provocatrices. On peut distinguer, à ce point de vue, trois espèces de tremblements hystériques :

a) Les tremblements hystéro-émotionnels (41 cas sur 55). Ce sont : les émotions brusques; la frayeur est le grand facteur des tremblements hystériques; les émotions lentes dépressives, compliquées on non de causes physiques également dépressives;

b) Les tremblements *hystéro-toxiques*, dont le cadre n'est pas encore fermé. Il faut en rapprocher les tremblements consécutifs aux maladies infectieuses;

c) Les tremblements *hystériques purs* consécutifs aux accidents hystériques, attaques apoplectiformes ou convulsives;

2° Par le mode de début. Evolution souvent caractéristique : *période prodromique* survenant après le choc; *céphalée*, phénomène constant; troubles intellectuels et psychiques;

3° Par les caractères des tremblements une fois constitués :

a) Variabilité : spontanés et provoqués par les accidents hystériques, l'émotion, etc.;

b) Caractère paradoxal résultant des anomalies du tremblement hystérique et des symptômes secondaires qui l'accompagnent.

M. A. Ollivier a étudié la *fausse méningite tuberculeuse de nature hystérique chez les enfants*. Lorsque l'on parcourt les recueils périodiques, on peut lire, de temps à autre, des observations de méningites tuberculeuses terminées par la guérison. Il est incontestable que cette variété de méningite peut guérir : M. Ollivier connaît une personne chez laquelle on a diagnostiqué cette maladie il y a vingt ans et qui vit toujours; il est vrai qu'elle a l'intelligence peu développée. Mais il est probable que l'on commet assez souvent des erreurs et qu'il y a de fausses méningites tuberculeuses. Les accidents de dentition, les constipations opiniâtres, le tænia, les insolations, certaines lésions de la syphilis héréditaire tardive, des fièvres typhoïdes surtout ont été prises pour des méningites.

M. A. Ollivier désire attirer l'attention sur une autre variété de fausse méningite dont on ne parle guère dans les livres classiques consacrés aux maladies des enfants. En 1884, il vit une fillette de 6 ans, née de parents tuberculeux et qui se présentait avec les signes suivants : elle était somnolente, le ventre était en bateau, le pouls lent et irrégulier; elle ne répondait aux questions que d'un air maussade. Bientôt apparurent de la photophobie, de l'hyperesthésie cutanée, des grincements de dents, puis de la mydriase, du nystagmus, enfin des mouvements convulsifs des membres et le coma M. Ollivier pensait que la mort était prochaine, lorsque, contre toute attente, la situation s'améliora beaucoup; au bout de six semaines, la guérison était complète.

M. Ollivier a eu occasion de revoir sa malade il y a quelques mois et a pu constater

qu'elle présentait des symptômes fort nets d'hystérie, et qu'elle avait des antécédents suspects de ce côté.

Seeligmuller a publié un fait analogue, mais il s'agissait, dans son cas, d'une fausse méningite spinale.

M. Ollivier conclut dans les termes suivants :

Avant de déclarer que, chez l'enfant, aussi bien que chez l'adulte, une affection grave du cerveau ou de la moelle à forme méningitique, qui a définitivement guéri, était une méningite tuberculeuse, il est indispensable d'éliminer les fausses méningites de toute nature, celles de l'hystérie en particulier, dont il n'a pas été suffisamment question jusqu'ici.

M. J. Stewart (Washington) a employé l'*élongation des nerfs* dans trois cas de névralgies anciennes du trijumeau. L'opération lui a donné d'excellents résultats et, de plus, elle est beaucoup moins dangereuse que la névrectomie et peut être répétée plusieurs fois de suite. Dans 5 p. 100 des cas, à peu près, l'élongation ne soulage que temporairement la névralgie du trijumeau.

M. Jacoby (Washington) a découvert un nouveau réflexe des muscles du menton obtenu en appliquant le pôle d'une machine galvanique sur le côté externe de l'avant-bras. Le réflexe se produit à la fermeture du courant et affecte le releveur du menton, et parfois le carré du côté excité. On place un électrode de Erb sur le dos de la main et on ferme le courant avec un électrode plus petit fixé au manche d'un interrupteur. Le réflexe se produit chez 70 p. 100 des sujets sains.

M. Agnew a résumé les résultats obtenus par la trépanation dans un certain nombre d'affections cérébrales : abcès et hémorrhagies; épilepsie traumatique et jacksonienne. Toutes les fois qu'il y a fracture du crâne avec dépression, il faut trépaner, même s'il n'y a pas de symptômes cérébraux. La trépanation n'a que des effets palliatifs ou temporaires dans l'épilepsie jacksonienne ou traumatique ; il faut la faire aussitôt qu'on le peut, dans les abcès du cerveau, presque toujours mortels quand ils sont abandonnés à eux-mêmes. L'opération est indiquée dans les hémorrhagies traumatiques du cerveau et daes les céphalalgies de même origine. Elle est inutile dans l'hydrocéphalie.

(*A suivre.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 octobre 1891. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Plaies pénétrantes de l'abdomen.

M. Bazy envoie une note complétant sa communication sur l'action trophique de la laparotomie.

M. Berger communique une observation de *plaie pénétrante de l'abdomen* par balle de revolver. Le malade, jeune homme de 19 ans, fut blessé un soir par une balle de revolver qu'il reçut dans la région épigastrique. M. Berger le vit le lendemain et constata, dans la région atteinte, une plaie circulaire, située à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et un peu à gauche; la plaie était fermée par une croûte sanguine, et il y avait, autour d'elle un peu de tuméfaction. L'état général était très bon, le pouls plein et régulier; le blessé avait vomi des matières sanguinolentes et un peu de chocolat qui avait été absorbé plusieurs heures après l'accident et n'avait rien pris depuis. M. Berger ordonna l'immobilisation, de l'opium et une diète absolue qui fut prolongée pendant quatre jours ; il prescrivit ensuite du lait et du bouillon, et une selle survint le cinquième jour. Le malade se leva le quinzième jour et la guérison survint sans accidents.

Dans deux cas de plaies de l'estomac par balle de revolver, M. Berger a obtenu deux guérisons sans intervention. Deux cas de plaies du côlon lui ont aussi donné deux succès ; dans une des observations, le côlon transverse avait été atteint par un coup de

couteau, et il fit la suture intestinale. Plusieurs plaies de l'intestin grêle, soit par balle de revolver, soit par coup de couteau lui ont, au contraire, donné une assez grande proportion de morts.

De ses observations, M. Berger conclut que les plaies de l'estomac ou du gros intestin par balles de revolver sont beaucoup moins graves que celles de l'intestin grêle. On doit aussi se baser, pour la conduite à adopter, sur le temps écoulé depuis l'accident. Quand la plaie est toute récente et produite par une balle, l'abstention peut être conseillée s'il n'y a pas d'accidents; dans tous les autres cas, il faut intervenir. Lorsque le chirurgien n'est appelé que plusieurs heures après l'accident, on peut ne pas opérer si le malade ne présente pas de symptômes inquiétants; l'intervention s'impose dans le cas contraire.

M. Verneuil admet que le siège des plaies à une grande importance, car de nombreuses observations montrent que les plaies pénétrantes de l'estomac et celles de l'intestin ont une gravité toute différente. Cependant, pour lui, le pronostic dépend surtout du contenu de l'organe lésé, et la bactériologie a expliqué pourquoi des accidents graves manquent ou surviennent selon les cas, le contenu microbien de l'estomac étant très différent de celui de l'intestin.

M. Verneuil rapporte deux observations nouvelles et intéressantes. L'année dernière, un jeune garçon de 17 ans reçut dans l'abdomen la charge de plomb d'un fusil de petit calibre; le coup avait été tiré de fort près. On appliqua immédiatement de la glace et on prescrivit de l'opium. M. Verneuil, appelé, ne put arriver qu'après la mort du blessé qui avait succombé dans le coma une trentaine d'heures après l'accident. La plaie se trouvait entre la vessie et l'ombilic, et il est probable que l'intestin grêle avait reçu des blessures multiples. Les lésions devaient être si considérables que l'intervention n'aurait pas eu de chances de succès.

Dans le second cas, un garçon de cuisine, fort, bien portant et très gros, avait reçu un coup de couteau dans la partie latérale droite de l'abdomen, un peu au-dessous de l'ombilic. La lame de l'instrument vulnérant était longue et large, et elle avait pénétré de 15 centimètres environ; la largeur de la plaie était de 5 centimètres. Il s'était produit, aussitôt après la blessure, une hernie de l'intestin grêle, que l'on avait recouvert d'une serviette. L'anse était perforée dans une largeur de quelques centimètres; il n'y avait ni hémorrhagie ni issue de matières fécales. Le blessé présentait un état général mauvais, et M. Verneuil, n'ayant pas les instruments nécessaires pour faire une suture intestinale, fixa l'intestin à la plaie. La mort survint vingt-quatre heures plus tard dans la stupeur, avec ballonnement du ventre, mais sans élévation de température. A l'autopsie, on trouva un litre et demi de sang dans le petit bassin, provenant d'une artère du cœcum, qui était perforé; l'épiploon était le siège d'une inflammation chronique. Il n'y avait pas d'épanchement de matières fécales.

M. Reclus a pu, depuis le mois de juillet, recueillir quelques nouvelles observations de plaies pénétrantes de l'abdomen guéries sans intervention. M. le docteur Levassor lui a adressé un mémoire qui renferme quatre cas. Un médecin militaire a eu occasion de soigner un soldat qui avait été traversé de part en part par une balle de fusil Gras entrée par la région lombaire; un anus artificiel se fit de lui-même quelques semaines après la blessure.

M. Reclus a étudié expérimentalement la toxicité des divers liquides contenus dans le tube digestif. Ceux provenant de l'estomac s'enkystent lorsqu'ils sont injectés dans le péritoine; ceux provenant de l'intestin donnent toujours naissance à des accidents. A la suite d'une plaie de l'intestin, il peut se former un bouchon muqueux obturant la plaie et cette obturation spontanée a une grande importance. Le choc traumatique ne contre-indique pas l'intervention, d'autant plus qu'il dépend souvent d'une hémorrhagie. Les anses intestinales herniées peuvent être replacées dans l'abdomen, si l'on a soin de les désinfecter avec l'eau chaude à 55°.

M. Reclus ne peut conseiller l'intervention immédiate, car elle donne plus de morts que l'abstention systématique.

M. Routier rapporte l'observation d'un cas qu'il a traité sans succès par la laparoto-

mie. Un enfant de 14 ans reçut dans l'abdomen, au niveau et en dehors de l'ombilic, un coup de fusil chargé à plomb. Bien qu'il ne soit pas survenu de symptômes graves, on fit la laparotomie huit heures après l'accident; l'incision fut faite au niveau de la plaie et conduisit sur une blessure de la paroi antérieure de l'estomac, qui fut suturée. La présence de matières fécales dans l'abdomen rendait évidente l'existence d'une plaie de l'intestin, mais il fut impossible à M. Routier de la trouver et il dut se borner à la toilette de la séreuse. La mort survint après quelques heures et, à l'autopsie, on trouva une autre plaie de l'estomac et plusieurs plaies de l'intestin grêle.

M. Peyrot a eu récemment à soigner un garçon de 16 ans qui avait reçu dans le ventre le projectile d'une carabine Flaubert. La plaie, mâchée, se trouvait à gauche de l'ombilic; quelques heures après l'accident, il n'y avait que 38°8 de température et 134 pulsations. Bientôt la défervescence se produisit et on n'intervint pas. Au bout de huit jours, la fièvre reparut en même temps qu'il se développait un empâtement dans la fosse iliaque gauche. La collection fut ouverte et on trouva une péritonite généralisée qui entraîna la mort.

M. Berger maintient que les interventions hâtives sont préférables, car les tardives sont suivies de résultats déplorables.

— M. Pozzi présente deux malades qui ont subi la résection partielle des ovaires. Les opérations datent de cinq mois et demi et trois mois et demi, et il n'y a plus de phénomènes douloureux. Martin a eu de nombreux succès par cette opération et ses opérées ont pu devenir enceintes.

— M. Reclus montre un malade auquel il a fait la *gastrotomie* pour rétrécissement cicatriciel de l'œsophage; l'alimentation a lieu par une sonde et il n'y a pas de canule à demeure.

M. Walther présente un enfant opéré d'un spina bifida sevré quatre heures après la naissance; il n'y a pas eu d'accidents. Il présente aussi une jeune femme traitée d'un kyste hydatique du foie par l'incision transpleurale.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 octobre 1891. — Présidence de M. Dubuc, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La Société reçoit les journaux et revues des mois d'août et de septembre; — les discours prononcés à la séance générale du Congrès des Sociétés savantes, le 27 mai 1891, par MM. G. Boissier et Bourgeois, ministre de l'instruction publique; — une note sur le dispensaire de Lisieux, par le docteur Colombe, membre correspondant; — les *Mémoires et Bulletin de la Société de médecine de Bordeaux*, 1er et 2e fascicules, 1891; — *Contribucion al estudio de las Enfennedades mentales en Chile*, 1890, par le docteur Beca, médecin du Manicôme de Santiago; — lettre de M. Wickham qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

Le Secrétaire général rappelle que, le Prix Duparcque n'ayant pu être décerné deux fois de suite, la Société pourra disposer, pour le prochain concours, d'une somme de 1,800 francs. Il convient de prendre une décision à cet égard.

Après un échange d'observations entre les membres présents, il est convenu que le Bureau étudiera la question et proposera une solution dans l'une des premières séances.

— M. Dubrisay lit une observation de *Paralysie alcoolique chez une jeune femme dipsomane; névrites multiples; guérison.* (Sera publiée.)

M. Reliquet rappelle avec quelle facilité le délire survient chez les alcooliques à l'occasion d'une affection incidente.

MM. Besnier, Polaillon, Christian citent également des faits à l'appui de cette observation.

Cependant M. Dubrisay se demande si, dans ces cas, le délire doit être attribué à l'alcool? S'il n'éclate pas par suite du *choc*, survenu chez des sujets généralement cachectiques?

— La séance est levée à cinq heures et demie.

FORMULAIRE

Collutoire contre l'angine simple aigue. — H. Rousseau.

Borate de soude	ãã	4 grammes.
Chlorate de soude		
Glycérine		20 —
Miel rosat		10 —

F. s. a. un collutoire, avec lequel on badigeonne le pharynx quatre ou cinq fois par jour dans le cas d'angine simple aiguë. — En cas d'échec, on touche deux fois le jour la surface enflammée avec un pinceau trempé dans une solution de 1 gramme de nitrate d'argent pour 50 grammes d'eau distillée. — N. G.

COURRIER

Asile public d'aliénés de Bron. — L'Administration préfectorale du Rhône annonce pour le 1er décembre prochain un concours en vue de pourvoir à trois places d'internes en médecine et trois places d'internes suppléants pour l'Asile départemental d'aliénés du Rhône à Bron.

S'adresser pour tous renseignements au directeur de l'établissement.

Le nouvel asile de nuit de Toulon. — L'ouverture de l'asile de nuit a eu lieu. Chaque voyageur recevra en entrant une paillasse et une ou deux couvertures; et, dans certains cas, une paire de draps. Il lui sera également remis une carte ou deux pour la nourriture à prendre au fourneau économique de la place Louis-Blanc. Un poste de police sera établi au rez-de-chaussée de l'asile qui est situé près de l'église Saint-Jean, dans l'ancien local de l'école des Frères. Nous avons visité les locaux qui seront affectés aux pauvres. Ils comprennent plusieurs salles. Les hommes seront séparés des femmes. Le couchage est établi dans toutes les meilleures conditions d'hygiène. Des paillasses neuves et remplies de paille de première qualité seront disposées les unes à côté des autres sur des tréteaux en fer et en planches, semblables à ceux des corps de garde et pourront contenir chacun six personnes. Les couvertures sont neuves et de même qualité que celles qui sont fournies aux soldats. Les dortoirs seront éclairés au gaz. Des lieux sont installés dans les corridors. Voilà un établissement dont le but est essentiellement humanitaire et qui est, à tous les points de vue, plus utile que celui qui existait autrefois dans le même local. (*Petit Var.*)

70e anniversaire du professeur Virchow. — M. Virchow, professeur à la Faculté de médecine de Berlin, a été nommé, à l'occasion de son 70e anniversaire, président honoraire de la Société d'anthropologie, d'ethnologie et d'histoire primive. M. Virchow est le premier à porter ce titre. Jusqu'à présent, le titre de membre était la plus haute distinction accordée par la Société.

Un présent d'honneur a été remis à M. Virchow par une délégation des députés libéraux du Reichstag, ses amis politiques. M. Richter a prononcé une allocution. Le cadeau remis au jubilaire consiste dans une colonne en argent massif, établie sur un piédestal qui est orné des emblêmes de la médecine, de la science, de la politique et de génies représentant la lumière, les muses, l'histoire, gravant le nom de Virchow dans le livre de l'immortalité. Une dédicace latine y est gravée. (*Bull. méd.*)

— D'après les statistiques récentes, la mortalité annuelle totale, pour le globe entier, est de 33 millions, ce qui fait qu'il meurt en moyenne 91,554 personnes par jour, 3,730 par heure et 62 par minute. La durée moyenne de la vie humaine est de 38 ans environ. Un quart de la population meurt avant d'avoir atteint la 7e année et la moitié avant la 17e. Sur 100,000 personnes, il n'y a qu'une qui vit 100 ans. Les hommes mariés vivent, en général, plus longtemps que les célibataires.

Parmi 1,000 personnes qui atteignent l'âge de 70 ans, 43 appartiennent au clergé ou à la politique ; 40 à l'agriculture ; 33 sont des ouvriers, 32 des soldats, 29 sont des avocats ou des ingénieurs, 27 des professeurs et 24 seulement des médecins (*Bull. méd.*)

— Les polycliniques, qui commencent seulement à se développer chez nous, sont en honneur depuis longtemps à l'étranger ; voici le programme d'une polyclinique libre de Bruxelles, 40, rue de Ruysbroeck. Les cours, essentiellement pratiques, permettent aux praticiens l'étude ou la revision rapide de différentes branches de la médecine. Ils ont une durée de deux mois et demi, et sont repris trois fois par an : en novembre, en janvier et en avril.

Programme des cours du trimestre d'hiver (1891). — Chirurgie infantile. Orthopédie (docteur Hendrix). — Maladies de l'oreille, du nez, de la gorge (docteur Hicguet). — Démonstrations microscopiques et diagnostic d'anatomie pathologique spéciale (maladies des femmes) (docteurs Popelin et Cittadini, assistants). — Maladies des femmes (docteur C. Jacobs, agrégé à la Faculté). — Opérations gynécologiques (docteur C. Jacobs). — Maladies nerveuses. Electrothérapie (docteur Glorieux). — Maladies de la peau (docteur Dubois-Havenith, agrégé à la Faculté). — Maladies des voies urinaires. Endoscopie. Cystoscopie (docteur J. Verhoogen).

COMMANDEMENTS DU MÉDECIN.

Ta devise, tu le sauras,
Docteur, doit être dévouement.
A chaque appel, tu te rendras,
Jour et nuit, plein d'empressement.
Comme un vrai sphynx, tu répondras
Sans te prononcer nettement.
Dans le doute, tu prescriras
De l'eau claire fort savamment.
Les voiles ne soulèveras
Que sur le point en traitement.

Les ulcères cultiveras
Tout comme un jardin d'agrément.
Nulle veine ne saigneras
Ni bourse trop profondément.
De tes clients point ne feras
Le nécrologe ouvertement.
A ton tour, hélas! tu seras
Sur ta fin traité doctement.
Et d'un confrère recevras
Le coup fatal discrètement.

(*Le Feuillet médical.*)

— L'éditeur Félix Alcan nous informe que, dans le but de mettre la *Bibliographie de l'art dentaire*, de M. le docteur David, à la portée de tous les praticiens, le prix de cet ouvrage rendu franco sera réduit à 6 francs pour ceux de MM. les dentistes ou médecins qui en feront directement la demande, accompagnée de sa valeur, à la librairie Félix Alcan, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.

Société de médecine de Paris. — Séance du 24 octobre 1891. — *Ordre du jour :* 1. M. Duroziez : Lésions aortiques et mitrales combinées. — 2. Prix Duparcque : Fixation du prochain concours.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

De quelques usages de l'antipyrine (1).

VIII

L'antipyrine a été employée contre un certain nombre de *dermatoses*. Nitot a pu guérir plusieurs cas d'urticaire chronique intermittent avec des doses de 0,50 par jour, en moyenne. Les cas récents sont rapidement modifiés, mais la guérison ne survient qu'après plusieurs mois, dans les cas anciens. Dessau a eu aussi des succès contre l'urticaire chronique des enfants.

Newth a eu recours à l'emploi local. Il s'est bien trouvé de l'usage d'une pommade renfermant 1 gr. 30 d'antipyrine pour 30 de lanoline, dans l'érythème, l'herpès, l'eczéma, l'érysipèle et l'urticaire.

Blaschko a employé l'antipyrine contre le strophulus ou urticaire papuleuse, maladie dans laquelle le prurit est si violent que parfois les enfants ne peuvent dormir. Il donne :

Antipyrine..	2 grammes.
Sucre..	8 —

A prendre le soir sur la pointe d'un couteau jusqu'à une demi-cuillerée à café.

Chez les petits enfants :

Antipyrine..	1 gr. 5 centig.
Eau distillée..	àà 25 grammes.
Sirop de sucre..	

Une cuillerée à café le soir.

Très rapidement, le prurit et le grattage diminuent et l'exanthème finit par s'éteindre.

Dans l'urticaire nerveuse, le prurit nerveux, les résultats sont excellents ; le médicament est un auxiliaire très actif du traitement spécial du prurigo vrai.

Dans l'érythème noueux, les douleurs sont modifiées; le médicament agit sur la congestion des vaisseaux de la peau et sur la fièvre.

Blaschko a pu améliorer beaucoup avec l'antipyrine un pemphigus vulgaire grave; il y a aussi réussi dans un cas de lichen ruber. Dans un autre cas de lichen, le prurit cessa, mais l'affection parut s'étendre.

Jacobson a eu de très bons effets des injections sous-cutanées, chez une femme atteinte de prurit sénile.

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 20 et 22 octobre 1891.

D'autres fois le médicament échoue.

Kobner s'en est loué dans l'*ulcère de jambe*.

IX

Citons, en terminant, quelques applications un peu exceptionnelles du médicament.

Huchard et Schweig ont très amélioré des cas de *lithiase*, par l'usage longtemps continué de petites doses d'antipyrine ; disparition des douleurs, diminution ou disparition des graviers. Huchard conseille de donner, dans les cas de ce genre, 1 gramme au moins et 2 grammes au plus.

Feeny, dans un cas de *mal de Bright* très intense d'origine scarlatineuse, ordonna l'antipyrine pour calmer les maux de tête; la dose resta très faible, 15 centigr. deux fois par jour, puis une fois par jour. L'amélioration fut très rapide, et bientôt tout se borna à l'élimination d'un peu d'albumine par les urines. Mais n'est-ce pas là une coïncidence?

Audhoui a prescrit dans la *blennorrhagie* des injections uréthrales répétées plusieurs fois par jour avec une solution où il entre 1 gramme d'antipyrine pour 200 grammes de véhicule et 50 grammes de sulfate de zinc.

Ulrich a recueilli 15 observations de *rhumatisme blennorrhagique* traité par l'antipyrine ; elle a une action analgésique constante et durable, particulièrement dans les cas récents.

Enfin Danet a eu de bons effets du médicament dans l'*empoisonnement par les moules et par les champignons*.

X

Les *accidents provoqués par l'antipyrine* sont très nombreux, et revêtent, selon les cas, une physionomie différente. Tantôt les malades ne présentent que quelques symptômes sans importance, tantôt les phénomènes sont beaucoup plus graves; la mort peut même survenir.

Giquel a vu des accidents congestifs du côté de la tête se produire dix minutes après l'absorption de 1 gramme d'antipyrine : démangeaisons aux gencives, éternuements répétés pendant un quart d'heure, toux, raucité de le voix, enchifrènement, battement aux tempes, douleur de tête. Quinze heures après l'administration du médicament, il ne restait qu'un peu de raucité de la voix.

Riggs a rapporté un cas d'intoxication où il y eut prédominance des symptômes rénaux. Un homme, dont les reins étaient sains et qui était habitué au médicament, en prit 3 gr. 50 en plusieurs doses en trente heures. Il y eut diminution de la quantité d'urine, augmentation de la densité, apparition d'une albuminurie légère; le liquide renfermait quelques globules rouges et de nombreux filets hyalins et avait une coloration rougeâtre.

Raulin a observé l'anurie, puis l'oligurie avec débris de tubuli dans l'urine; cette dernière contenait beaucoup d'urée et pas de leucomaïnes. Guttmann a accusé l'antipyrine de produire l'albuminurie, et nous avons vu que A. Robin lui adressait le même reproche, au moins dans le diabète.

Chez un malade atteint de rhumatisme articulaire aigu, Brandenberg a vu survenir, après l'absorption de 1 gramme d'antipyrine, des douleurs dans toutes les dents de la mâchoire inférieure, de la céphalalgie, des élancements dans les oreilles, de l'hypersécrétion des muqueuses oculaire et nasale ; l'odontalgie persista trois ou quatre heures.

Dans les cas d'intoxication les plus légers, il se produit seulement une éruption qui revêt fréquemment l'apparence de l'urticaire. D'autres fois on observe un rash scarlatiniforme ou rubéolique, des éruptions bulbeuses.

Ollier a vu survenir, chez une même malade, à la suite de plusieurs administrations du médicament, des plaques ortiées avec suffusions sanguines, des plaques avec phlyctènes, d'autres d'apparence phlegmoneuse.

Perret et Devic ont attiré l'attention sur un rash consistant en papules confluentes et rubéoliformes, rèpandues sur tout le corps avec prédominance à la face et s'accompagnant de catarrhe oculo-nasal. Quelquefois l'analogie avec la rougeole est très grande, car il y a élévation thoracique et desquamation furfuracée.

Cahn, Alexander et Ernst ont noté que l'éruption morbilliforme respectait la tête, la paume des mains et la plante des pieds. Blomfield a aussi observé la desquamation furfuracée, tandis que Spitz a signalé une desquamation par larges lambeaux. Pour Cattani, la face, la plante des pieds, la paume des mains sont épargnées. Veiel a observé un cas dans lequel il y avait coïncidence des bulles et des plaques ortiées; il se produisit même des bulles sur la voûte palatine. A différentes reprises, l'exanthème se localisa sur les lèvres, le palais, les mains, le pénis et les pieds. Grandclément a noté la production d'ecchymoses au dos, à la face, etc.

D'après Clarement, les éruptions causées par l'antipyrine affectent ordinairement le type érythémato-papuleux et commencent par les surfaces d'extension des coudes et des genoux; il a vu aussi l'exanthème s'étendre aux muqueuses. Les caractères les plus constants seraient la symétrie et la durée qui est d'environ cinq jours. Mais on a vu les éruptions se prolonger durant une quinzaine. Pour Sora Welt, les femmes seraient plus souvent atteintes d'exanthème que les hommes; la proportion serait de 11,6 p. 100 pour tes premières et de 9,6 pour les secondes.

Falk regarde les éruptions comme loin d'être toujours bénignes. En effet, elles s'accompagnent souvent de sensations de brûlure ou d'un prurit très pénible, il peut survenir une syncope en même temps que la poussée cutanée; enfin cette dernière peut s'accompagner de fièvre vive, ainsi que nous le verrons plus loin.

Les vomissements sont fréquents à la suite de l'administration de l'antipyrine et peuvent survenir même quand le médicament a été donné en lavement ou injecté sous la peau. Ils sont plus fréquents chez les femmes (Drasche) et sont souvent, comme dans une observation de Sturge, précédés d'une brûlure, d'une sensation d'expansion, dans la région stomacale; la brûlure peut s'étendre à la bouche et à l'œsophage (Berger). On a vu se produire de la constipation ou de la diarrhée. Israël a observé, chez des enfants, des hématémèses et des convulsions; il y a eu un cas de mort.

Nous avons déjà dit qu'il pouvait se produire des syncopes. Des battements de cœur, de l'angoisse générale ont été souvent notés, et Rousseau, Gergaud, ont insisté sur les troubles cardio-vasculaires. Fréquemment le collapsus survient, surtout chez les typhiques; on l'a aussi observé dans la pneumonie et la diphthérie. Il s'accompagne d'un abaissement considérable de la température et peut apparaître après des doses très faibles (0,25 dans une observation de P. Chéron) ou survenir sans augmentation des doses, lorsque, déjà depuis longtemps, le malade prend le médicament sans qu'il y ait d'accidents (Jaccoud); il peut être suivi de mort.

Israël, ainsi que nous l'avons vu, a observé des hématémèses causées

par l'antipyrine; d'autres ont noté l'apparition d'hémoptysies, d'hémorhagies nasales et bronchiques (Pribram, Peter).

On observe communément les sueurs profuses et l'apparition d'un frisson intense au moment de la réascension thermique, quand le médicament a été administré comme antipyrétique.

Parfois, il se produit des convulsions, comme dans l'observation suivante, due à Tuczek. Ce médecin, dans un cas de coqueluche chez un enfant de 4 ans, administra, pendant trois semaines, 1 gr. 50 d'antipyrine par jour. Au bout de ce temps, son malade fut pris de vomissements, de somnolence et d'un coma profond; bientôt apparurent des convulsions épileptiques; la température était sous-normale, le cœur irrégulier et le type respiratoire rappelait celui de Cheyne-Stokes; un exanthème maculeux disparut rapidement. Au bout de quarante-huit heures, ces phénomènes commencèrent à s'amender progressivement et le malade guérit.

Lœwe a observé tantôt des vomissements avec des attaques convulsives, tantôt de la cyanose et du collapsus, tantôt des vomissements avec des spasmes laryngés et des convulsions.

Hardy a observé une amnésie qui dura quarante-huit heures et plusieurs auteurs ont noté la production de troubles psychiques.

Il peut se produire aussi des troubles de la vue.

Assez souvent, on a noté la production d'œdèmes de la face et du cou avec rougeur, et quelquefois il y a eu œdème de la glotte avec menace de suffocation. Grognot a vu l'œdème envahir les mamelles. Le larmoiement, le catarrhe des muqueuses nasale et bronchique avec éternuement et toux, la salivation, ont aussi été observés.

Laache, A. Fraenkel, Bernouilli, ont vu l'antipyrine avoir une action paradoxale, c'est-à dire causer des accès de fièvre. Une malade de Müller, petite fille rhumatisante de 10 ans, fut traitée par des prises de 0,75 d'antipyrine. Chaque prise fut suivie des accidents suivants : étourdissements, chaleur céphalique, nausées, douleurs partant de la poitrine pour se répandre dans tout le corps, oppression, frisson avec cyanose de la face, élévation considérable de la température, perte de connaissance, vomissements, diarrhée fétide, dilatation aiguë du cœur.

Dans le fait de Roulin, 2 grammes en quatre doses données contre une névralgie provoquèrent des accidents fébriles violents avec anurie, délire et vomissements.

Grancher, chez une enfant de 8 ans, choréique, observa une éruption fébrile toute spéciale. L'enfant prenait 2 gr. 50 par jour depuis dix jours, lorsqu'il se produisit de la fièvre et une éruption morbilleuse (38°3 — 39°). La médication étant supprimée, tout disparut; mais les accidents se reproduisirent chaque fois que l'on tenta de redonner le traitement. La sensibilité de la malade à l'antipyrine augmentait même à mesure qu'elle en prenait; l'éruption, d'abord morbilliforme, devint scarlatiniforme ensuite et finit par revêtir une teinte cyanique accentuée. A la fin, un quart d'heure après l'ingestion de l'antipyrine, il y avait déjà de l'angine et du larmoiement; une heure après l'éruption scarlatiniforme se produisait avec une température de 38°; deux heures après l'ingestion survenaient un catarrhe nasal abondant, des éternuements, des vomissements bilieux et un abattement général; au bout de quatre heures et demie, l'éruption était généralisée à tout le corps, avec cyanose de la face et des extrémités, et tous les autres phénomènes étaient poussés à un degré extrême. L'éruption parais-

sait plus intense à certains moments. Tout disparaissait après vingt-quatre heures. Il faut noter que les premières doses (1 gr. 50) n'avaient pas produit d'accidents.

D'autres fébrifuges ont aussi parfois une action paradoxale. Il en est ainsi de la quinine (Tomaselli, K. Antoniades, Herrlich), de l'acide salicylique et du salicylate de soude (Lurman, Baruch, Erb).

Même sans qu'il se produise d'accidents graves, l'usage longtemps continué de l'antipyrine finit par fatiguer l'estomac, des douleurs gastriques surviennent et l'appétit se perd (Dujardin-Beaumetz).

Dans quelques cas, les accidents d'intoxication sont très complexes. On peut citer comme exemple l'observation suivante, due à Salinger. Migraine et néphrite interstitielle d'origine goutteuse; femme de 53 ans. Cinq minutes après 32 centigr. d'antipyrine : gonflement de la face, troubles respiratoires et cardiaques, élévation de température, contractions spasmodiques des muscles du cou, de la face et du larynx, coma pendant trente-six heures; le lendemain, éruption érythémato-papuleuse sur les doigts et les orteils; elle prend ensuite l'aspect urticarien et s'étend à tout le corps; langue énorme, lèvres gonflées. Le troisième jour, taches blanches arrondies dans la bouche, revêtant l'aspect de fausses membranes diphthéritiques et se renouvelant après l'ablation; abcès multiples (13) dans la bouche. La malade resta vingt-six jours au lit. Deux fois, on observa les mêmes accidents, mais un peu moins intenses, après l'absorption de la même dose d'antipyrine.

Combemale a observé un cas intéressant d'antipyrinisme chronique. Après quatre ans de prises quotidiennes d'antipyrine apparurent, chez une malade rhumatisante, des signes d'ulcère rond de l'estomac tenant sous leur dépendance la toux pharyngée et s'accompagnant de faiblesse musculaire générale, d'insomnie, d'aménorrhée, etc. Pour Combemale, tout cela résultait de l'anémie que l'usage continu de l'antipyrine avait amené dans l'organisme.

Portes croit que l'antipyrine, trop longtemps continuée à fortes doses, peut amener des dégénérescences graisseuses du foie et des reins; il en aurait observé plusieurs cas.

Ce qu'il y a de très particulier dans les accidents de l'antipyrinisme, c'est leur irrégularité. Tantôt ils apparaissent presque immédiatement après une dose très faible, tantôt ils se produisent subitement sans augmentation des doses dans le cours d'un traitement, tantôt enfin ils se produisent chez les malades à certains moments et manquent dans des conditions en apparence absolument semblables. A dose toxique, l'antipyrine agit sur le cœur, le fait est certain, mais, en dehors des cas où il y a une lésion antérieure de l'appareil circulatoire, les accidents cardiaques ne sont guère explicables avec les faibles doses prescrites dans la plupart des cas. On peut toujours dire qu'il s'agit de phénomènes réflexes, mais n'est-ce pas là simplement cacher notre ignorance du mécanisme réel?

Les accidents de l'antipyrinisme étant connus, on peut regarder le médicament comme contre-indiqué dans tous les cas de faiblesse du cœur; dans la diphthérie avec phénomènes myocardiques; après les hémorrhagies profuses, dans les cas de faiblesse extrême et d'émaciation, et dans les dernières périodes des fièvres chroniques (Humphreys).

Lorsque le filtre rénal n'est pas intact, il ne faut prescrire l'antipyrine qu'avec la plus grande prudence, car elle *ferme le rein* (Huchard, Eloy,

Renaut). Les sueurs abondantes deviennent parfois une contre-indication chez les tuberculeux.

Peut-être l'antipyrine peut-elle provoquer des poussées de syphilides (Chipier).

Jennings avait conseillé l'atropine contre l'antipyrinisme, mais cette pratique a été condamnée par G. Sée. Cependant, Falk recommande aussi la belladone et, d'une façon générale, les excitants quand il y des phénomènes de collapsus.

B. MARTIN.

REVUE DES CLINIQUES

Les ostéosarcomes de l'extrémité inférieure du fémur, par M. DUPLAY (1). — Je viens d'examiner devant vous un jeune homme de 17 ans, entré le 7 mai dans le service. Sa mère est rhumatisante : c'est le seul antécédent héréditaire qui soit à noter. Il y a six mois, ce jeune homme commençait à éprouver dans le genou gauche des douleurs intermittentes, irradiant dans la jambe et le pied. Trois mois après, on constatait, au condyle interne, une petite grosseur du volume d'une noix et qui maintenant a envahi toute l'extrémité inférieure de l'os et remonte jusqu'au milieu de la cuisse. Les douleurs sont vives et le malade ne peut plus quitter le lit.

Le diagnostic porté jusqu'ici a été celui d'ostéite. C'est le traitement de l'ostéite, teinture d'iode, vésicatoires, pointes de feu, qui a été seul institué. Vous verrez, dans un moment, les conséquences funestes de cette erreur, car, aujourd'hui, l'intervention n'est plus possible.

La tumeur présente maintenant les caractères suivants : l'extrémité inférieure du fémur est énorme, sa circonférence atteint 50 centimètres. Sa forme, suivant une comparaison souvent faite dans cette maladie, rappelle celle d'un gigot. L'état de la peau qui recouvre la tumeur est difficile à apprécier, la révulsion ayant produit de l'œdème, de l'inflammation, des cicatrices, des adhérences même. Mais, sur les points où la révulsion n'a pas porté, la peau est normale, souple. Le développement du réseau veineux mérite d'être signalé. L'élévation de la température locale est très sensible à la main et atteint 2 degrés au thermomètre.

La consistance du néoplasme est dure, fibreuse, dans la plus grande partie de son étendue; en quelques points, elle est franchement osseuse; sur d'autres, elle est plus mollasse; mais, nulle part, il n'y a de fluctuation ni de fausse fluctuation; nulle part, non plus, il n'y a de crépitation parcheminée, signe dont je vous parlerai plus longuement au diagnostic. Pas de battements ni de souffle.

L'articulation est à peine lésée par un léger gonflement des os; la gêne des mouvements, peu sensible, est due à un prolongement volumineux de la tumeur, remplissant presque entièrement le creux poplité et non à une lésion articulaire. De même l'atrophie très notable qu'on constate sur les muscles de la cuisse, et qui rappelle à première vue celle des arthrites, s'explique par l'inactivité, les troubles circulatoires, sans avoir d'importance spéciale.

L'examen de la partie supérieure de la cuisse donne des résultats beaucoup plus importants. Le néoplasme, au côté interne, remonte presqu'à la moitié du membre. Dans le triangle de Scarpa, on trouve des ganglions gros, durs, volumineux. J'espérais tout d'abord qu'il ne s'agissait que d'une adénite inflammatoire due aux lésions artificielles de la peau. Malheureusement, en palpant la fosse iliaque, on sent profondément des ganglions plus gros, plus durs encore. De plus, s'il n'y a pas encore de lésion viscérale évidente, l'état général est, lui aussi, certainement touché; le malade est pâle, amaigri, presque cachectique. A la contre-indication opératoire fournie par l'adénopathie, et qui suffisait à elle seule, s'ajoute donc la contre-indication d'une généralisation probable.

(1) Résumé d'après la *Gazette des hôpitaux*.

Le diagnostic d'ostéosarcome n'est, à l'heure actuelle, que trop évident. L'intérêt, c'est de discuter ce dagnostic au début, alors que l'intervention est encore possible. La confusion avec l'ostéite, qui a été faite chez notre malade est une erreur fréquente. L'ostéite épiphysaire est, en effet, très commune; son siège de prédilection à l'extrémité inférieure du fémur est également un des lieux d'élection de l'ostéosarcome. Sur 206 cas d'ostéosarcomes recueillis par M. Schwartz, 81 siégeaient en ce point. C'est dans l'adolescence et la jeunesse que se rencontrent ces deux affections. Sur 150 cas d'ostéosarcomes, 46 ont été observés avant 20 ans, 94 avant 40 ans. Certes, la marche différencie vite les deux maladies.

L'ostéite, après un envahissement rapide de l'os, reste stationnaire; son évolution, quand elle continue à progresser, aboutit vite à la production de pus et de fongosités. L'articulation reste rarement longtemps indemne. Il y a tout au moins de l'hydarthrose dans l'ostéite épiphysaire. Les fongosités, qui surviennent rapidement au cours de l'ostéite tuberculeuse, sont encore plus caractéristiques. De plus, dans l'ostéite, la peau devient vite épaisse, enflammée, adhérente. Dans l'ostéosarcome, elle est plutôt amincie et offre une dilatation spéciale du réseau veineux. L'élévation de la température locale peut se rencontrer dans les deux affections; il en est de même, quoiqu'on en ait dit, de l'élévation de la température générale; les sarcomes à développement rapide peuvent, ainsi que l'a bien montré M. Verneuil, s'accompagner de fièvre.

Mais, au début, quels sont les grands signes à rechercher? Dans les ostéosarcomes à début central se produit assez vite, par l'amincissement rapide de la coque osseuse, un signe pathognomonique, la crépitation parcheminée. La coque, en se déprimant sous le doigt qui la presse, cède avec un léger craquement. Dans les sarcomes sous-périostés, où ce signe manque, attachez une grande importance à bien apprécier la consistance fibreuse plutôt qu'osseuse. Dans les cas douteux, faites une ponction exploratrice avec un trocart ou un bistouri à lame mince. Dans les ostéites, le trocart peut bien pénétrer quelques fongosités, mais il rencontre vite l'os qui l'arrête; dans les ostéosarcomes, il pénètre profondément dans le tissu mollasse. L'hémorrhagie est toujours abondante. Ce mode d'exploration m'a permis un diagnostic précoce dans deux cas très obscurs d'ostéosarcomes, l'un de l'extrémité inférieure du fémur, l'autre du calcanéum. Malheureusement, malgré l'intervention très rapide, la récidive survint dans les deux cas.

Je vous citerai brièvement les autres diagnostics différentiels, beaucoup moins importants. Les exostoses dures, de consistance uniforme, se différencient assez facilement des sarcomes; les fibromes, les lipomes des os sont très rares et évoluent avec une lenteur extrême.

Le diagnostic de la variété de sarcome est impossible cliniquement; après l'ablation, il a une certaine importance, la variété à myéloplaxes ayant une malignité moins grande. L'examen histologique est donc, pour le pronostic, très utile.

Le diagnostic de la cause reste encore absolument obscur; au point de vue de l'influence de la diathèse arthritique sur la production des néoplasmes, je vous signalerai les antécédents rhumatismaux héréditaires très nets chez notre malade.

Le pronostic est affreusement grave. Même au début, quand la tumeur a à peine le volume d'une noix, l'intervention la plus complète donne lieu à des mécomptes. Chez notre malade, le pronostic est absolument désespéré. La tumeur va continuer à s'accroître localement, amenant vite des ulcérations, des hémorrhagies. La généralisation ganglionnaire est déjà produite; la généralisation viscérale, si elle n'est pas encore effectuée, ne tardera sans doute pas.

Le seul traitement consiste à amputer ou plutôt à désarticuler dès le début.

L'amputation sur la continuité exposerait, en effet, à laisser des foyers d'envahissement déjà propagés dans l'os; en désarticulant, on augmente les chances de succès. Dans les ostéosarcomes du tibia, on ne doit pas se contenter de désarticuler le genou, il faut faire l'amputation de la cuisse.

Malheureusement, les succès restent encore bien rares; pour ma part, je n'ai jamais été assez heureux pour éviter les récidives. Et cependant, chez une jeune fille atteinte d'ostéosarcome du calcanéum tout à fait au début, j'avais remonté l'amputation jusqu'au haut de la jambe, interposant entre le néoplasme et la section deux articulations

saines, les articulations calcanéo-astragalienne et tibio-tarsienne. Six mois après survenait une récidive tout à fait inexplicable dans les parties molles du moignon.

Chez notre malade, toute intervention serait, par suite de l'envahissement ganglionnaire, inutile. Pourtant, si les douleurs, jusqu'ici tolérables, augmentaient, s'il survenait des ulcérations, des hémorrhagies, l'amputation serait indiquée. Les suites sont aujourd'hui très simples, la réunion s'obtient en quelques jours. M. Poncet (de Lyon) vient de publier un fait d'intervention dans un cas analogue. La réunion était complète au dixième jour. Le malade succombait au bout de six mois à la généralisation du sarcome, mais il avait eu, pendant ces six mois, une existence moins intolérable et avait été débarrassé des douleurs atroces produites par le sarcome avant l'amputation.

Congrès de septembre 1891 (1).

IV. *Ophthalmologie.*

Des *éruptions vaccinales du bord des paupières* ont été observées par M. Schirmer (Heidelberg) chez des personnes dont les enfants avaient été vaccinés peu de temps auparavant et qui s'étaient infectées après avoir touché leurs enfants. Il y a un œdème palpébral considérable, puis des eschares sous lesquelles se forment des ulcérations dont le nombre augmente rapidement par auto-inoculation. Il peut se produire des kératites profondes secondaires, mais habituellement la réparation se fait rapidement et sans laisser de cicatrice.

M. Leber a réuni des observations d'une forme de *tuberculose de l'iris* qui peut guérir complètement. D'autres auteurs ont rattaché l'affection à la leucémie, mais M Leber a pu, dans tous les cas qu'il a observés, sauf un, constater l'existence d'autres localisations tuberculeuses. Une inoculation a été confirmative et une fois on a pu trouver des bacilles, le malade ayant réclamé l'extirpation de l'œil. L'iridectomie produit de bons résultats.

Dans le *traitement des affections lacrymales*, M. Kuhnt conseille de n'employer le cathétérisme que dans les cas chroniques; il ne sonde que lorsqu'il y a imperméabilité des voies. On doit éviter, avec le plus grand soin, les lésions de la muqueuse qui peuvent être suivies de rétrécissement; c'est pour cela que l'opération est contre-indiquée quand la maladie est récente. Il est très important de traiter la muqueuse du nez pour guérir les affections linguales. Dans le cas d'oblitération du sac, le mieux est de recourir à l'extirpation. Cette extirpation fait disparaître le larmoiement, et il faut la faire dans la fistule lacrymale, le dacryocystite blennorrhagique chronique et l'ectasie. Enfin on doit encore enlever préventivement le sac toutes les fois qu'un malade qui doit subir une opération intra-oculaire a de la dacryocystite.

M. Nicati (Marseille) préconise le *traitement du glaucome par le drainage de la chambre antérieure.* L'opération convient surtout pour les glaucomes consécutifs aux nécroses de la cornée où l'iris se trouve dans la cicatrice et où le staphylome antérieur est inévitable. On fait un pli à la conjonctive au-dessus de la cornée et on introduit un couteau triangulaire sous ce pli, tangentiellement à la cornée, la lame contre l'œil; la section est faite de dehors en dedans.

M. Galezowski est revenu sur les *signes prodromiques de l'atrophie ataxique du nerf optique.* — Jusqu'à présent le mal est resté au-dessus des ressources de l'art. La marche de l'atrophie, qui relève, dans un certain nombre de cas, de la syphilis, est très rapide et conduit à la cécité en deux ans. Le traitement anti-syphilitique serait peut-être utile, si l'on découvrait la lésion du nerf optique dès son début. Or, M. Galezowski a découvert qu'il y a, à ce moment, des scotomes périphériques disséminés dans le champ visuel, soit pour la lumière ordinaire, soit pour la lumière colorée. Le meilleur traite-

(1) Suite. — Voir les numéros des 22 et 24 octobre 1891.

ment consiste dans l'emploi des frictions mercurielles générales, à la dose de 4 grammes par jour, en continuant pendant deux ans et plus.

M. Knics (Heidelberg) a recommandé le traitement de l'*ophthalmologie blennorrhagique* par le baume de copahu en même temps que l'on emploie la médication locale habituelle. Peut-être le même traitement serait-il indiqué dans certains cas de trachome aigu.

V. *Dermatologie.*

M. Arning (Leipzig) a montré une jeune fille atteinte d'une *pseudo-leucémie* de nature spéciale. La malade a présenté un grand nombre de petites tumeurs rougeâtres constituées par un tissu granuleux se diffusant dans les tissus voisins et ne renfermant pas de bacilles. Ces tumeurs occupent le côté externe des avants-bras en restant sous la peau, la lèvre inférieure, la voûte du palais, la luette. L'hypertrophie de la rate aida à poser le diagnostic. Le traitement par l'arséniate de soude produisit de très bons effets.

Dans des cas semblables, MM. Kaposi, Fontan, Pick, ont eu aussi très à se louer de l'arséniate de soude.

M. Galezowski a observé deux cas de *pityriasis rubra pilaire*, maladie qui, comme on le sait, a été décrite, pour la première fois, par M. Besnier. Un de ces cas a été guéri rapidement par l'arsenic; dans l'autre, ce médicament n'a pas produit d'effet et on a eu recours à l'acide salicylique, à la chrysarobine et à des bains prolongés.

Pour M. Caspary, le diagnostic entre la rubéole et la fièvre scarlatine est souvent très difficile; la pharyngite s'observe dans les deux cas; il en est de même de la tuméfaction des ganglions lymphatiques. Les injections de mercure peuvent être suivies d'un hytérème scarlatiniforme.

M. Neiner a fait une longue communication sur l'*eczéma*. Il est probable que, comme l'a dit Hebra, la maladie résulte d'irritations externes et que les causes internes ne sont que prédisposantes. L'eczéma est-il une maladie constitutionnelle, comme le pensent beaucoup d'auteurs? On peut admettre qu'il se rattache parfois à des états constitutionnels; cependant, on ne peut pas nuire à l'organisme en soignant l'affection cutanée, même si le malade est goutteux. Quoi qu'en ait dit Unna, les micro-organismes ne sont pas la cause unique de tous les eczémas. M. Neiner n'admet pas la forme que le même auteur a décrite sous le nom d'eczéma séborrhéique, car la séborrhée n'appartient pas à l'eczéma; il rejette aussi l'eczéma dit tuberculeux.

Pour M. Veiel, tous les eczémas ne sont pas guérissables; ceux qui sont héréditaires, développés autour des cicatrices ou sur les mains et la face, résistent parfois à tous les traitements. Le traitement interne est inutile contre l'affection cutanée elle-même; il ne doit être employé que s'il y a en même temps de l'albuminurie, de la goutte, de la glycosurie, etc. Si le goudron et les préparations mercurielles sont si efficaces, c'est que ce sont des parasiticides.

L'eczéma aigu non suintant se trouve bien de l'emploi des colles; s'il est suintant, il faut recourir aux poudres; un onguent avec 5 p. 100 d'acide tannique convient très bien dans l'eczéma squameux. Quelquefois, l'application de cet onguent sur tout le corps est suivie d'une stomatite. Contre l'eczéma chronique, on peut conseiller la gélatine sublimée, l'emplâtre au savon salicylé; pour la plante des pieds et la paume des mains, on recourra aux emplâtres caoutchoutés et salicylés d'Unna.

Le goudron peut être très utiles dans certains cas rebelles d'eczémas secs. A la face, lui seul peut parfois guérir des eczémas suintants. Le savon goudronné est une préparation facilement supportée; on emploiera ensuite les onguents goudronnés de 1 à 50 p. 100, des onguents avec 5 p. 100 d'acide tannique, etc. L'huile de cade, le pyrogallol, la chrysarobine ont des indications suivant les cas.

M. Blaschko a cherché à expliquer la nature des eczémas professionnels. Tantôt ils sont aigus et se rapprochent de l'érythème, tantôt ils sont chroniques et ressemblent davantage à l'eczéma ordinaire. Les ouvriers ne sont atteints qu'après quelque temps;

quand l'agent est très irritant, tous présentent, au début, de l'irritation cutanée, mais cette irritation disparaît chez un certain nombre d'entre eux. La guérison se produit généralement quand le malade cesse son travail. Quelquefois, l'eczéma professionnel frappe des sujets qui ont de l'eczéma ordinaire ou en ont souffert antérieurement.

M. WORTERS a soigné une dame qui souffrait de poussées d'eczéma solaire avec migraine. Or, les voilettes colorées au bichromate de potasse et celles colorées en vert ont empêché l'eczéma de se produire; avec une voilette bleue, la malade a son accès de migraine. Une voilette rouge n'empêche rien.

VI. *Thérapeutique.*

Se basant sur la localisation du *bacille de la diphthérie* dans les fausses membranes et sur ce que l'infection de l'organisme dépend des toxines sécrétées, M. JACQUES (Marseille) conseille l'emploi de gargarismes avec la solution de perchlorure de fer au 1/20e suivis de lavages à l'eau boriquée tiède au tiers et d'un gargarisme phéniqué au 1/100. On donne toutes les heures ces gargarismes, que l'on remplace, chez les feunes enfants, par des pulvérisations.

Dans la diphthérie, M. DE RUELLE préconise le *cyanure de mercure :*

Cyanure de mercure	0 gr. 05 centigr.
Alcool à 80°	8 grammes.
Eau distillée...........................	192 —

Une cuillerée à café toutes les heures.

Sur 8 cas, il a eu 7 guérisons et 1 mort; dans ce dernier cas, le traitement avait été commencé trop tard.

MM. BONNET et BOY-TEISSIER ont insisté sur l'action toni-cardiaque de l'extrait de *cactus grandiflorus* et de son alcaloïde. Le médicament est utile dans les cardiopathies valvulaires.

M. ROUX DE BRIGNOLES a employé l'*acide phénique* dans la variole, 1 gramme par jour à l'intérieur. Le médicament est alors mal supporté et il vaut mieux recourir aux bains et lotions à 2 p. 100, et donner le salol *per os.*

M. MARQUEZ a utilisé avec succès, depuis 1859, l'*acétate neutre de plomb* dans le traitement de la pneumonie. Cette médication réussit surtout chez les sujets affaiblis, et particulièrement chez les tuberculeux ou chez les individus qui sont menacés de tuberculose; elle combat efficacement l'hyperémie, modère les sécrétions morbides, ménage les forces du malade et abrège le processus pneumonique.

M. BRYSON (Washington) a vanté l'*acide salicylique* dans certaines formes de cystite. Il est contre-indiqué dans la cystite aiguë, dans les ulcérations saignantes, dans les vessies à colonnes de l'hypertrophie prostatique. Le médicament convient surtout dans les cas chroniques avec enduit épais sur la muqueuse. (*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

DE L'ADÉNIE. SA NATURE INFECTIEUSE, par le docteur A. GUILLERMET. Paris, Baillière, 1890.

Conclusions : I. On réunit généralement sous le nom de diathèse lymphogène ou de lymphadénie des lésions disparates des ganglions : les hypertrophies ganglionnaires de la leucocythémie, l'adénie de Trousseau ou maladie de Hodgkin, et parfois même le mycosis fongoïde.

II. L'adénie de Trousseau comprend elle-même des affections différentes. Trousseau séparait nettement la leucocythémie des hypertrophies ganglionnaires primitives, mais il confondait encore les formes inflammatoires et les formes néoplasiques de ces dernières (cancer primitif des ganglions, lymphosarcome).

III. Le nom d'adénie doit être réservé à une affection primitive des ganglions, bien distincte des tumeurs proprement dites, qui s'étend progressivement à tout le système ganglionnaire et y reste localisée ou du moins extrêmement prédominante. Sa nature infectieuse ressort de son étude clinique et anatomo-pathologique.

IV. L'adénie se différencie du cancer des ganglions par ses caractères cliniques et surtout par ses caractères anatomo-pathologiques.

V. Elle est facile à distinguer par l'examen du sang des hypertrophies ganglionnaires de la leucocythémie, ces hypertrophies étant toujours secondaires, comme il résulte de l'étude critique des observations publiées sous le nom de leucocythémie ganglionnaire.

P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 octobre 1891. — Présidence de M. Regnauld.

La correspondance comprend :

Des lettres de candidature de MM. F. Lagrange et Chavernac qui se portent candidats au titre de correspondant national.

Le bacillus coli communis et le bacille d'Eberth. — M. Chauveau, au nom de MM. A. Rodet et G. Roux, lit une note sur ce sujet. Les auteurs soutiennent que c'est l'organisme typhique qui, par un mécanisme qui n'est pas encore connu, donne au bacillus coli les caractères du bacille d'Eberth. MM. Chantemesse et Widal n'opposent aux transformations d'ordre morphologique, signalées par MM. Rodet et Roux en 1889, qu'un fait expérimental unique que ces derniers regardent comme erroné; ce fait, c'est la suppression des caractères distinctifs du bacillus coli par le chauffage pendant treize minutes à 80°. Or, plusieurs autres conditions peuvent donner au bacillus coli les caractères du bacille d'Eberth. On peut citer le chauffage, le vieillissement, l'action des antiseptiques, le passage dans le corps de certains animaux.

En plaçant des petites quantités de cultures des deux bacilles dans de petits tubes dits tubes homœopathiques, que l'on plonge dans de grandes masses d'eau, on peut vérifier l'action de la chaleur. Le bacille d'Eberth est tué plus vite que l'autre, et le bacillus coli voit s'abaisser sa température-limite de culture ; il finit par être tué après 13 minutes de chauffage à 80°.

Si M. Chantemesse a vu mourir le bacillus coli beaucoup plus vite sous l'influence d'un chauffage fait dans d'autres conditions, ce fait ne contredit en rien celui de M. Roux, qui consiste à avoir obtenu dans les conditions susdites l'abaissement de la température-limite du bacille coli, c'est-à-dire la suppression de l'un des caractères distinctifs des deux microbes.

Il n'est pas étonnant qu'une différence fonctionnelle, l'action sur les sucres, existe entre les deux bacilles, puisque l'un est à son état saprophytique et l'autre à son état de parasitisme spécial. Mais cela ne suffit pas pour admettre deux espèces distinctes, et un grand nombre de micro-organismes acquièrent ou perdent des propriétés fonctionnelles diverses selon les conditions dans lesquelles on les place. Pour prendre un exemple très frappant, la bactéridie charbonneuse peut perdre la propriété sporogène. On a dit que le bacille d'Eberth était porteur de cils et qu'ils manquaient sur le bacterium coli; il faut faire les plus expresses réserves sur ce point. MM. Roux et Rodet se défendent de remettre en honneur la spontanéité morbide. Ils attribuent la fièvre typhoïde à un germe, à un microbe et cela suffit pour qu'ils ne la disent pas spontanée.

— M. Dubar (de Lille) rapporte une observation d'étranglement herniaire, dans lequel l'agent de l'étranglement était l'orifice de communication d'un diverticule secondaire et du sac principal.

— M. Chauveau commence la lecture d'un mémoire sur *la transformation des virus, à*

propos des relations qui existent entre la vaccine et la variole. (Ce mémoire sera résumé après achèvement de la lecture).

FORMULAIRE

Lotion contre les affections parasitaires. — Descroizilles.

Teinture de pyrèthre		30 grammes.
Teinture de romarin	ãã	15 —
Teinture de quinquina		
Alcool		40 —

Mêlez. — Pour lotions dans les affections parasitaires des enfants. — N. G.

COURRIER

Les candidats à l'internat sont au nombre de 450 pour les 48 places mises au concours.

Les candidats à l'externat sont au nombre de 557 inscrits.

— M. le docteur Sarrazin vient d'être élu membre du conseil général de la Dordogne, pour le canton de Sarlat.

La médecine devant les tribunaux. — A la cour de Poitiers, lors de la rentrée des tribunaux, M. Von, substitut du procureur général, a traité : *du juge criminel.* D'après l'honorable magistrat, la médecine légale est appelée à prendre une importance de plus en plus considérable dans l'appréciation des responsabilités, et il est à désirer que les juges criminels acquièrent des connaissances spéciales leur permettant d'être eux-mêmes un peu des experts. Enfin! Voilà qui est bien dit. (*Progrès méd.*)

Crachats des phthisiques. — D'après le docteur Nuttall, chaque phthisique expectore de 250,000 à 4 milliards de bacilles par vingt-quatre heures. En prenant comme moyenne le chiffre de 1 milliard par jour, un phthisique expectore donc 365 milliards de bacilles par an. En estimant à 50,000 le nombre des phthisiques qui habitent Paris, on voit donc que le problème sanitaire suivant se pose devant les hygiénistes ; détruire chaque année 50,000 fois 365 milliards de microbes tuberculeux. Et il n'est pas question des spores ! (*Lyon médical.*)

Les robes a la symphyse. — Sigault inventa, en 1777, la symphyséotomie pour remplacer l'opération césarienne. Son heureux succès le rendit célèbre en un instant, et les femmes portèrent des robes, des rubans et même des coiffures à la symphyse.

(*Intermédiaire des chercheurs et des curieux.*)

Clinique française (76, rue de Vaugirard, et 30, rue d'Assas). — *Cours de syphiligraphie.* — M. le docteur Monnet commencera son cours le jeudi 5 novembre, à dix heures du matin, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Ce cours essentiellement pratique sera complet en deux mois. — S'inscrire au secrétariat de la Clinique française.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

REVUE D'HYGIÈNE

La fièvre typhoïde dans les ports militaires.

M. le docteur O. du Mesnil vient de publier (1), sur la fièvre typhoïde dans nos ports militaires, une série d'études intéressantes qui nous montrent qu'il y aura encore beaucoup à faire pour que nos soldats et nos marins se trouvent dans des conditions hygiéniques satisfaisantes.

Certaines villes, entre autres Cherbourg, laissent particulièrement à désirer. La plus grande partie de la population ne reçoit d'autre eau que celle de la Divette, et il suffit d'avoir côtoyé la rivière pendant quelques kilomètres pour se rendre compte qu'elle ne donne qu'une eau impropre aux usages domestiques. En effet, elle traverse successivement les villages de Sotteville, Saint-Christophe, Tourville, Le Pont, La Jouannerie, des fermes et des hameaux, et, dans ce long parcours, elle est souillée non seulement par les lavoirs et les petits ruisseaux qui balaient les villages en temps de pluie, mais encore par les infiltrations de l'engrais humain que les habitants répandent dans les champs tel qu'il est extrait des fosses d'aisances.

En 1889, M. Vaillard a trouvé le bacille d'Eberth dans l'eau de la Divette pendant une recrudescence de l'endémie typhoïde qui existe dans la ville, et qui, fait inexplicable au premier abord, sévit avec une égale intensité sur la population civile et l'armée de mer, mais épargne l'armée de terre.

En effet, le docteur Thoinot, dans son enquête sur la fièvre typhoïde en 1889, a divisé la population de Cherbourg en trois groupes. La *population civile* est très frappée, bien que l'absence *voulue* de statistique municipale empêche de donner des chiffres exacts, et il en est de même des *troupes de la marine* dont la mortalité est de 64,5 pour 10,000. Au contraire, l'armée de terre a 27 décès pour 10,000 causés par la dothiénentérie. Et si l'on cherche quelle est l'alimentation en eau de ces diverses catégories d'individus, on voit que les deux premiers groupes font presque exclusivement usage de l'eau de la Divette, tandis que le troisième, à l'exception d'une minime fraction, consomme de l'eau de source.

S'il y a encore tant de fièvre typhoïde dans l'armée de terre, c'est que les hommes boivent aussi en ville et dans les établissements publics. Le docteur Collignon a publié à ce sujet une observation très remarquable. Au

(1) *Annales d'hygiène publique*, février et octobre 1891.

fort de Querqueville, on fait usage de l'eau d'une citerne qui est alimentée par des toitures propres; cependant, de temps à autre, on y constate des poussées de fièvre typhoïde, d'embarras gastrique et de diarrhée. Or, un jour, le docteur Collignon apprit, par hasard, que, lorsque l'eau manquait, on remplissait la citerne avec de l'eau de la ville, de l'eau de la Divette, apportée au fort par le bateau-citerne de la marine.

M. Du Mesnil rapporte encore, d'après le docteur Béranger-Féraud, un fait qui, comme il le dit, a toute la précision d'une expérience de laboratoire. Dans son rapport de fin de campagne, M. le docteur Touchet, médecin de la division de Terre-Neuve, donne, sur l'état sanitaire du croiseur le *Châteaurenault*, les détails suivants : Le navire, monté par 210 hommes d'équipage, prit armement à Cherbourg en 1878; l'équipage fit usage de l'eau de la ville du 1er février au 5 mars et présenta douze cas de fièvre typhoïde. En quittant Cherbourg, le 5 mars, le *Châteaurenault* consomma exclusivement de l'eau distillée pendant la campagne qui dura jusqu'en octobre; il n'eut plus un seul cas de fièvre typhoïde.

Voyons maintenant ce qui se passe à Toulon. La lecture du rapport du docteur Brouardel, sur la répartition de la fièvre typhoïde en France, montre que la mortalité de la population civile de la ville par cette maladie est de 4,1 pour 10,000 habitants et que celle de l'armée qui y est casernée est de 64,9 pour 10,000 (période de 1872 à 1888). D'après les chiffres de M. Thoinot, sur un effectif moyen de 13,000 hommes, relevant de la marine, il en meurt par an, à Toulon, environ 134 de dothiénentérie; or, ainsi que nous allons le voir, cette mortalité excessive est due à la mauvaise qualité des eaux de boissons.

La source principale qui alimente Toulon en eau potable est la Foux qui est de bonne qualité à son point de départ, mais qui, jusqu'en 1887, était contaminée avant son arrivée en ville, car ce n'est qu'à cette époque qu'une conduite de fonte a été substituée à un vieil aqueduc en maçonnerie. Bien qu'à la suite de cette amélioration, la mortalité par fièvre typhoïde ait subi une diminution brusque, l'eau doit encore être regardée comme mauvaise, parce que le débit insuffisant de la Foux a été accru par celui d'une source dite source de Saint-Antoine et par celui de la source de Rodeillac et du puits Perret dont l'eau, provenant des infiltrations de la vallée de Dardenne, est souillée par les déjections humaines. L'hôpital Saint-Mandrier, la Seyne et Tamaris reçoivent l'eau de la Foux avant son mélange avec les eaux des autres provenances, mais la ville et surtout l'arsenal sont alimentés par des eaux très polluées.

On a trouvé le *bacterium coli commune* dans les eaux de la source Saint-Antoine, du puits Perret, du réservoir des appartements; donc, il est évident que toutes ces eaux reçoivent des infiltrations de matières fécales.

Pour Lorient, M. Thoinot établit : 1° que la mortalité de la population par fièvre typhoïde a été, dans les années 1886, 1887, 1888, 1889, de 12, 10, 28, 22 pour 10,000 habitants; 2° que, de 1862 à avril 1890, la guerre a perdu 149 hommes, soit 51,4 pour 10,000 de son effectif par fièvre typhoïde; 3° que de 1859 à avril 1890 la marine a perdu 964 hommes, soit 79 pour 10,000 de son effectif.

La marine est donc très atteinte à Lorient. Elle reçoit une eau qui vient des sources de Penvern, Belle-Source et Colombier, sources situées à 2 kilom. de la ville, et qui ont été captées et canalisées au XVIIe siècle; la souillure des eaux se fait d'autant plus facilement que les fosses d'aisances sont à

peu près inconnues dans la ville. En effet, voici, d'après MM. Brouardel et Chantemesse, comment les vidanges sont faites à Lorient : « Toutes les déjections sont recueillies dans des tinettes mobiles ou plutôt des baquets (bailles) d'une capacité d'un hectolitre environ, transportés à travers la ville, puis déversés comme engrais sur le champ. Cet épandage se fait non pas constamment, mais deux fois par an, dans les premiers jours de février et pendant le mois d'août. C'est la coutume que suit régulièrement le fermier des prairies et des champs dont la surface recouvre les points de captation qui alimentent l'arsenal de la marine. Ces sources sont produites par les eaux pluviales d'infiltration qui tombent dans la vallée comprise entre la mer et le chemin de fer de Quimper et sur les collines voisines. Cette région est recouverte, deux fois par an, d'engrais humain et les sources viennent jaillir à 3 mètres, 2 mètres et 1 mètre au-dessous de cette surface de terre ainsi souillée. Parfois, même, le niveau de l'eau souterraine qui constitue la source (à Penvern) n'est séparé de la surface du sol que par un lit de cailloux formant une couche de quelques centimètres d'épaisseur. » Actuellement, la population civile et les troupes de la guerre casernées à Lorient reçoivent de l'eau drainée de la vallée du Scave, mais cette eau est de même infectée par les infiltrations.

Il faut noter que, d'après les recherches de M. G. Pouchet, l'épuration de l'eau de la Belle-Source par le filtre Maignen n'a eu d'autre effet que d'augmenter les colonies se développant par la culture.

De l'endémo-épidémie typhoïde de Lorient est dérivée l'épidémie typhoïde du camp du Pas-des-Lanciers (1885), qui a tué 122 soldats.

A Rochefort, la mortalité par fièvre typhoïde, de 1879 à 1890, a été de 14,20 pour 10,000. En général, la situation est meilleure dans cette ville que dans les autres ports et les cas de fièvre typhoïde sont isolés.

Mais c'est à Brest que la mortalité par la dothiénentérie est surtout élevée. D'après les rapports publiés par M. Brouardel, la mortalité typhoïde à Brest, de 1872 à 1885, a été de 95,8 pour 10,000. Cette mortalité considérable dépend de la nature des eaux livrées à la consommation des hommes et de l'état des casernements qu'ils occupent. Cette année, la fièvre typhoïde a sévi surtout sur le 6e régiment d'infanterie de marine occupant la caserne de Pontanozen ; or, cette caserne est alimentée par des puits, au nombre de six, qui, d'après les analyses de M. G. Pouchet, sont tous contaminés, sauf un seul, et par une citerne. La caserne est traversée par un égout collecteur qui doit nécessairement souiller l'eau des puits ; quant à la citerne, l'eau qu'elle contient provient d'une source qui jaillit en contre-bas des latrines et des fosses d'aisances. Dans toutes ces eaux, M. Pouchet a trouvé des microbes indiquant la souillure fécale et, dans quelques-unes, il a décelé le bacille typhique.

L'eau fournie au casernement des batteries d'artillerie est captée sur des hauteurs situées à 3 kilomètres, mais elle est infectée par le voisinage d'un fossé à ciel ouvert dans lequel se déversent les eaux de cuisine, de lavage et de la caserne. Enfin, l'eau d'une citerne dans laquelle puisent les bâtiments en rade est aussi contaminée par infiltration.

On sait qu'en ce moment la ville de Brest et l'Etat sont en pourparlers pour la construction de nouvelles casernes. Des changements radicaux s'imposent, car, à la caserne Fautras, où l'eau n'est pas trop mauvaise, les latrines sont installées près des chambrées et des cuisines ; dans cette caserne, comme dans celle de Pontanozen, le nombre des lits est beaucoup

trop grand en tous temps; enfin, les rez-de-chaussée sont très humides et il n'y a pas d'appareils de chauffage.

De grandes réformes sont donc nécessaires dans presque tous nos ports. Comment les réaliser? Nous partageons absolument l'avis de M. Du Mesnil, lorsqu'il écrit que les villes intéressées doivent consentir à des sacrifices. Voici ce qu'il dit pour Cherbourg : « La mesure coercitive qui paraît s'imposer, grâce à laquelle on aura raison des résistances de quelque nature qu'elles soient qui font obstacle à la disparition de l'épidémie typhoïde, c'est l'éloignement de la garnison décimée par la négligence de ceux qui bénéficient de sa présence. » Il est utile d'amener des sources bien captées dans les casernes; l'installation d'appareils pour la stérilisation de l'eau, lorsque l'on ne peut en avoir de pure, donnera certainement d'excellents résultats, mais il ne faut pas que les soldats aillent s'empoisonner en ville; nous espérons que l'Etat, en les inquiétant dans leurs intérêts, saura faire comprendre leur devoir aux municipalités qui se montreraient rebelles.

Congrès de septembre 1891 (1).

VI. *Chirurgie.*

M. F. S. Dennis (Washington) a conseillé l'*emploi de l'acide nitrique comme réactif du tissu carcinomateux*. Soit, par exemple, une amputation du sein. On lave la mamelle, enlevée avec soin, pour faire disparaître toute tache de sang, puis on la plonge dans de l'acide azotique très étendu (eau, 100; acide azotique, 5) pendant dix minutes; ensuite on la retire et on la lave avant de la plonger pendant deux ou trois minutes dans de l'alcool méthylique pur. Ce traitement a pour effet de rendre opaque le tissu cancéreux, tandis que le stroma de la glande est translucide. On aperçoit très facilement le tissu cancéreux sur la surface de section et on examine alors attentivement la partie correspondante de la plaie, afin de voir s'il n'y a pas de tissus suspects.

Pour M. W. White, la chirurgie de la colonne vertébrale a fait, dans ces derniers temps, de grands progrès. La paraplégie du mal de Pott relève souvent d'une pachyméningite externe ou de la présence de collections purulentes; l'intervention opératoire pourra souvent parer aux accidents. Quand des tumeurs non malignes produisent des lésions en foyer, même si les phénomènes de compression sont anciens, on doit opérer, car la moelle est très tolérante et se répare parfois très bien. Les opérations, dans les fractures de la colonne vertébrale, donnent aussi des résultats encourageants. Quand, après quelques semaines, on constate des eschares au sacrum, de l'incontinence d'urine avec cystite, on doit intervenir; l'absence de ces phénomènes et une amélioration progressive ferait préférer l'expectation.

M. Villeneuve (Marseille) a rapporté les résultats de 60 *laparotomies*. Dans un cas où il s'agissait d'une fistule pyo-stercorale, le chirurgien fit la résection du cœcum hypertrophié et la suture de l'intestin; cette suture résista bien, mais le malade succomba à une diarrhée incoercible. Un cas intéressant se rapporte à une tumeur de l'hypochondre gauche de développement rapide et qui se trouva être une tumeur hématique siégeant probablement dans le méso-côlon transverse.

A propos de la communication de M. Villeneuve, M. Verneuil a cité des observations, au nombre de 4, de kystes hématiques de l'hypochondre gauche. Ces kystes, qui peuvent devenir très volumineux, ont un contenu qui ressemble à de la bouillie splénique. L'examen chimique et microscopique des kystes n'a fourni aucun renseignement notable; 2 malades ont guéri, 2 sont morts sans que l'on ait pu en faire l'autopsie.

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 22, 24 et 27 octobre 1891.

M. Alezais a communiqué une *Note sur l'aire chirurgicale des sinus frontaux.* — Les sinus frontaux, étudiés sur 23 sujets de 21 à 81 ans (13 hommes et 10 femmes), et figurés par des schémas, ont montré que, si la prédominance classique des sinus de l'homme sur ceux de la femme se vérifiait, l'augmentation chez l'adulte, due à l'âge, était incertaine et irrégulière. L'absence totale a été rencontrée deux fois et l'absence unilatérale trois fois. L'aire frontale des sinus mesure, chez l'homme, 6 centimètres sur la ligne sus-orbitaire et 3 centim. 5 sur la ligne médiane et, chez la femme, 4 centim. 5 sur 3. La paroi orbitaire a, chez l'homme, 2 centim. 25 sur 2 et, chez la femme, 2 centim. sur 1 centim. 50; elle s'arrête souvent à la ligne lacrymo-orbitaire, mais elle peut envoyer sur la paroi interne un prolongement lacrymal de 1 centim. sur 0 centim. 5. Le sinus gauche paraît être souvent un peu plus grand que le droit; celui-ci aurait un peu plus souvent que le gauche un prolongemet lacrymal.

M. Arnaud a observé un cas intéressant d'*ostéomyélite à staphylocoques.* La maladie se montra à l'extrémité inférieure du fémur droit chez un jeune homme qui avait souffert au même point deux ans auparavant. Il y avait des foyers interosseux et le pus fournit des cultures pures de staphylococcus pyogenes aureus. Le malade ne présentait pas le réseau veineux que MM. Lannelongue et Achad ont décrit comme caractéristique de l'ostéomyélite à staphylocoques.

M. Montaz s'est occupé de l'*intervention chirurgicale dans les luxations du pouce.* Le mieux est de faire la résection semi-articulaire supérieure, dont le seul inconvénient est de donner un peu de raccourcissement.

Comme procédé opératoire, M. Montaz conseille l'incision antérieure, qui mène directement sur la boutonnière musculaire et sur la tête du métacarpien; décollement de la gaine périostéo-capsulaire; section de la tête; abrasion du périoste, si le sujet est jeune, pour éviter l'hyperproduction périostique et l'ankylose.

M. Ollier est revenu sur un de ses sujets de prédilection : la *valeur des opérations conservatrices dans la tuberculose articulaire.* Les meilleures conditions sont réunies quand les tuberculoses sont éteintes, c'est-à-dire quand les produits tuberculeux ne sont plus inoculables et ne renferment plus de bacilles. Les tuberculoses arrêtées peuvent encore être opérées avec les plus grandes chances de succès, mais, généralement, il faut s'abstenir quand les malades ont de la fièvre; cependant, il est des cas où l'on est obligé de passer outre.

M. Ollier a pu suivre des malades auxquels il a fait des résections articulaires il y a de longues années. Beaucoup sont encore en vie. En 1866, 5 malades ont subi la résection du coude, 4 vivent et cependant tous présentaient des signes suspects du côté des poumons. Sur 11 malades chez lesquels M. Ollier a fait, en 1871, la résection de l'épaule, il y en a encore 4 qui sont bien portants. De plus, les opérés ne succombent pas à des récidives locales, mais à d'autres localisations de la tuberculose. Les infections tuberculeuses rapides après les opérations sont devenues très rares parce que les pansements actuels empêchent les infections secondaires qui mettaient l'organisme dans de très mauvaises conditions.

Dans la résection du cou-de-pied, M. Ollier conseille de faire la résection de l'astragale en conservant la partie externe de la mortaise naturelle. Cela vaut mieux que de faire l'ablation du plateau tibial et des malléoles. Après quelques mois, les opérés marchent bien.

VII. *Obstétrique et maladies des femmes.*

Hystérectomie totale dans le cancer utérin. — M. Queirel (Marseille) a fait l'hystérectomie vaginale dans un cas de cancer du fond de l'utérus sortant par le col. Le tissu utérin n'avait plus que 2 millim. d'épaisseur, et le curettage ou la cautérisation aurait perforé la paroi; de plus, les opérations auraient été incomplètes.

M. Raymond s'est bien trouvé de la *castration ovarienne* dans les fibromes. Dans trois cas, il a pu obtenir ainsi la disparition des tumeurs.

M. J. Reede (Washington) a préconisé l'*anesthésie mixte dans les opérations gynécolo-*

giques. Il se sert d'un mélange d'alcool, de chloroforme et d'éther, et, auparavant, fait une injection sous-cutanée d'atropine et de morphine. L'anesthésie complète survient plus rapidement et est plus facilement maintenue; les vomissements sont plus rares. Jusqu'à présent, cette méthode n'a causé que quatre cas de mort.

M. Cabadé (Marseille) a observé un cas de *broncho-pneumonie* consécutive à un accouchement pendant lequel il n'avait pas été pris de précautions antiseptiques. Les crachats contenaient le streptocoque pyogène.

M. Coe (Washington) s'est occupé de *l'hémorrhagie utérine du début de l'accouchement*. La symptomatologie de cet accident est mal fixée. Il peut survenir à la suite de coups, de la toux, d'un effort. On observe alors de l'irrégularité des contractions utérines, des douleurs de ventre, de l'affaiblissement des battements du cœur du fœtus; bientôt l'état général indique une grande faiblesse, en même temps que le toucher montre un utérus mou, des membranes fœtales tendues. L'hémorrhagie externe est souvent très minime. On doit dilater le col, faire la version et extraire le fœtus. En cas d'engorgement de la tête, on fera la crâniotomie avant de terminer l'accouchement. Le pronostic est très grave pour la mère et pour l'enfant. On emploiera, comme traitement, des stimulants à haute dose, des injections d'ergotine, et, l'utérus étant vidé, on le tamponnera avec de la gaze iodoformée.

Mme Gache-Sarraute (Marseille) a conseillé de nettoyer usuellement l'utérus aussitôt après la délivrance. On enlève ainsi les débris de caillots et de membranes qu'il peut contenir. Les suites de couches sont abrégées et les femmes n'ont pas à redouter la métrite.

Pour M. Reboul, on pourrait traiter les *métrites et les endométrites*, qui sont presque toujours infectieuses, par la désinfection de l'utérus à l'aide de tampons au salol imbibés de naphtol camphré. Ce traitement n'impose pas le séjour au lit; il doit être complété par une antisepsie vaginale sérieuse. Le curettage ne conviendrait qu'aux cas rebelles.

VIII. *Maladies des voies génito-urinaires. — Syphilis.*

M. F. Otis (Washington) a insisté sur les troubles nerveux réflexes qui surviennent consécutivement au *rétrécissement de l'urèthre chez la femme*. Ces rétrécissements, de même que ceux de l'homme, succéderaient souvent à une lithiase.

M. Blakenhite a insisté sur le traitement de la *cachexie syphilitique* par les sels d'or et de manganèse; on peut aussi employer les sels de platine. Ces différents sels étant solubles dans la glycérine peuvent être prescrits en injections hypodermiques.

M. J.-A. Fordyce a eu occasion d'observer plusieurs cas *d'albuminurie syphilitique*. Tantôt elle disparaît sous l'influence du mercure, tantôt elle résiste à ce médicament. Au début de la maladie, il s'agit probablement d'un phénomène congestif; plus tard, il peut survenir de la néphrite amyloïde ou de la néphrite parenchymateuse.

M. d'Astros (Marseille) a fait une communication sur la *syphilis cérébrale précoce*. Il est probable qu'il existe une méningite syphilitiqne que l'on pourrait opposer à la méningite tuberculeuse. La syphilis cérébrale des nouveau-nés est, par excellence, une épendymite syphilitique. On trouve une hydrocéphalie ventriculaire et une infiltration embryonnaire diffuse de l'épendyme et des corps opto-striés. L'évolution de la maladie est parfois très rapide (moins de un mois); elle se traduit par des convulsions, contractures, tremblements, strabisme et surtout une hydrocéphalie précoce.

Dans la seconde enfance, l'hérédo-syphilis peut entraîner un arrêt de développement intellectuel et même l'idiotie.

M. Petersen (Leipzig) a étudié les *phénomènes consécutifs aux injections intra-musculaires de préparations mercurielles insolubles*. Il a noté une élévation de température après les injections. Cette élévation est plus marquée dans les cas récents que dans les récidives et dure de une demi-journée à quatre jours. Le phénomène ne survient guère

qu'après la première injection; aussi on doit prescrire en même temps 0,3 de sulfate de quinine, ce qui diminue aussi les douleurs.

MM. Lesser et Epstein ont fait la même observation et constaté aussi de la polyurie.

M. W.-K. Otis (Washington) a indiqué le moyen de reconnaître si une hématurie est ou non d'origine vésicale. Si on injecte dans le réservoir urinaire une solution d'iodure de potassium, il pénètre dans le sang et peut être trouvé dans la salive au maximum après un quart d'heure, s'il y a des lésions de la muqueuse.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

Paris, le 23 octobre 1891.

Monsieur le rédacteur en chef,

Dans l'article, d'ailleurs très complet et consciencieux, de M. B. Martin, sur « quelques usages de l'antipyrine » (*Union médicale*, 20 et 22 octobre), je lis cette phrase :

« Gauthier (de Charolles) a obtenu des améliorations notables dans des cas de *goître exophthalmique.* »

Or, je tiens à rappeler qu'au commencement de l'année 1885, quelques mois après mes premières communications sur l'antipyrine en 1884, mon élève regretté, M. Arduin, dans sa thèse inaugurale, sur « l'Etude thérapeutique et physiologique de l'antipyrine », a ouvert (page 79) un chapitre intitulé : « Action de l'antipyrine dans les maladies nerveuses ». Dans ce chapitre, se trouve une observation, la première en date, où j'ai signalé les bons effets de ce médicament dans le goître exophthalmique. Depuis cette époque, et avant l'apparition de l'excellent travail de M. Gauthier (de Charollès), auquel votre collaborateur fait sans doute allusion (travail paru dans la *Revue de médecine*, il y a deux ans environ), je suis revenu plusieurs fois, à la Société de thérapeutique, sur ce traitement, comme sur la médication antipyrinique des diabètes insipide et sucré, laquelle a ensuite été préconisée par MM. Beaumetz, Robin et Germain Sée.

Veuillez, agréer, etc.

Henri Huchard,
Médecin de l'hôpital Bichat.

BIBLIOTHÈQUE

De la constipation et des phénomènes toxiques qu'elle provoque,
par le docteur Marius Feyat. — Paris, Baillière, 1890.

Conclusions : 1° Il existe normalement dans le gros intestin des matières toxiques, comme l'ont prouvé les travaux de l'école moderne.

2° Ces produits toxiques, sous l'influence de l'alimentation, de troubles dans les actes de la digestion ou de perturbations diathésiques de la nutrition, peuvent augmenter comme quantité, soit que leur fabrication soit plus active, soit qu'il y ait accumulation par insuffisance des émonctoires naturels; leur qualité toxique peut être également accrue.

3° La rétention des matières fécales favorise la pénétration de ces toxiques dans l'économie.

4° Ces produits toxiques sont la cause de phénomènes nerveux chez les aliénés constipés. La constipation peut à elle seule, ou sous l'influence de l'hérédité, créer de toutes pièces les troubles mentaux. Dans un grand nombre de cas, elle contribue au moins à les entretenir. L'état mental et l'état de constipation ont très souvent une courbe parallèle.

5° Le traitement de la constipation améliore l'état nerveux ou mental, alors que les médicaments réputés actifs vis-à-vis du système nerveux sont restés impuissants.

6° Il est plus important qu'on ne le pense généralement chez les nerveux et les aliénés de veiller d'une façon constante à ce que l'expulsion fécale se fasse normalement.

7° Ces idées ne sont pas nouvelles ; mais il est bon de revenir aux vieilles idées, alors que la rigueur de l'expérimentation moderne a corroboré la finesse de l'observation ancienne.

8° Le traitement de la constipation doit être surtout causal et viser l'état général très souvent. L'antisepsie intestinale doit être faite quand il existe des signes d'intoxication. Les purgatifs ne doivent être considérés que comme des évacuants propres à préparer la voie au traitement causal. — P. N.

REVUE DES JOURNAUX

L'ozène (*Discussion au Congrès laryngologique de Berlin*) (1). — M. Demme : A la suite de Fraenkel, l'orateur sépare l'ozène de la rhinite atrophique et il ne considère comme caractéristique de cette affection que la fétidité, n'ayant pas réussi à voir transformer en ozène fétide une rhinite atrophique simple, même dans les cas, où intentionnellement, il n'avait institué aucun traitement.

D'autre part, il a très communément vu les parties primitivement hypertrophiées aboutir à la forme atrophique, si bien qu'il considère les deux formes comme des stades différents du même processus.

Les études chimiques et anatomo-pathologiques ont porté sur plus de 200 cas.

En ce qui concerne l'étiologie de l'ozène, il ne saurait se ranger à l'opinion exprimée au dixième Congrès de médecine interne, d'après laquelle le cornet moyen hypertrophié produirait toujours une atrophie de la muqueuse par la compression des vaisseaux. En effet, comme l'a fait remarquer Rayser, de gros polypes devraient produire le même résultat, ce que l'expérience contredit.

Du reste, en réalité, l'hypertrophie du cornet moyen dans la rhinite atrophique simple, comme dans l'ozène, n'est qu'exceptionnelle.

L'orateur croit plus volontiers que la fétidité doit être attribuée à la décomposition des sécrétions stagnantes sous l'influence des bactéries ; mais ces bactéries ne jouent pas un rôle déterminant, leur rôle est seulement accidentel.

Rosenflug a produit au dixième Congrès de médecine interne l'arbre généalogique d'une famille atteinte d'ozène et a conclu que cette affection était le plus souvent congénitale.

L'orateur a constaté, lorsque plusieurs membres d'une même famille étaient atteints d'ozène, que ces malades seuls présentaient la forme spéciale et caractéristique du nez, tandis que les membres sains de cette famille n'avaient pas cette déformation.

Il ne pense pas que l'ozène lui-même soit congénital, mais bien un certain état physique. L'examen microscopique de débris de muqueuse, excisés chez des malades atteints d'ozène, a donné les mêmes résultats dans la rhinite atrophique simple. Il n'a pu, comme Siefert, constater une absence presque complète des glandes. Le pronostic n'est pas pour lui aussi mauvais que pour la plupart des auteurs.

Il a étudié l'action des irrigations et des insufflations sur une série de malades, qui ne pouvaient se présenter à lui que rarement. Il croit que les irrigations antiseptiques ne donnent pas de meilleurs résultats que celles faites avec de la simple eau tiède.

Les poudres employées en insufflations n'atteignent que rarement les parties les plus étroites des fosses nasales et sont nuisibles par le déchirement qu'elles produisent.

Parmi les poudres qui dégagent de l'iode, il recommande l'aristol.

(1) D'après la *Revue de laryngologie*.

L'application de la pyoctanine, à l'aide de la soude, fut souvent refusée à cause de la malpropreté de ce procédé et donna peu de résultats.

Il en a eu de meilleurs avec le massage imaginé par Michel Braim, combiné avec l'emploi d'une pommade de pyoctanine et de lanoline à 20 p. 100, appliquée à l'aide d'un tampon de ouate fixé à la sonde.

Les séances, d'une durée d'une demi-minute pour chaque cavité nasale, avaient lieu tous les jours. Il obtint avec ce traitement, dans 10 cas, une disparition complète de la fétidité, supprima presque complètement les croûtes et obtint une augmentation du volume des cornets telle, qu'il fut obligé, dans certains cas, de les diminuer par des attouchements au galvano-cautère. Quelquefois les premiers massages furent suivis d'angine.

M. Heymann a obtenu relativement les meilleurs résultats des insufflations d'aristol; il est d'avis de restreindre les irrigations.

M. Krabauer, dans la section d'otiatrie du dixième Congrès de médecine interne, a eu l'occasion de parler des irrigations à propos d'une communication de M. Guye.

Il croit cependant, étant donné l'impuissance de la thérapeutique de l'ozène, qu'il est difficilement possible, surtout dans la pratique de la policlinique, d'abandonner complètement les irrigations, qui font disparaître le symptôme le plus désagréable, la fétidité.

Du reste, il est un partisan convaincu du tamponnement de Gottstein, qui repose sur une conception très heureuse et qui, bien appliqué, donne d'excellents résultats.

De temps en temps, il fait des insufflations avec de l'aluminium acéto-tartrique.

P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 octobre. — Présidence de M. Labbé.

Sommaire : *Intoxication saturnine chez un enfant. — Troubles dans l'évolution du processus digestif. — Des altérations chimiques du processus stomacal dans la gastrite alcoolique.*

MM. Variot et Gastou présentent à la Société un petit garçon de 5 ans et demi atteint d'intoxication saturnine. Depuis le mois de juillet 1891, il est paralysé des membres supérieurs et des membres inférieurs; la paralysie porte spécialement sur les extenseurs qui ne répondent que faiblement aux courants faradiques. L'enfant a perdu l'usage de ses mains et ne marche qu'avec une extrême difficulté à cause de l'impuissance des triceps.

Le liseré de Burton est extrêmement net, et a permis de faire, sans hésitation, le diagnostic de la cause de cette paralysie.

Depuis deux ans, cet enfant a eu des attaques de coliques de plomb et des phénomènes convulsifs qui doivent être rapportés à l'encéphalopathie saturnine.

MM. Variot et Gastou n'ont pu trouver la cause de l'intoxication que dans une terrasse recouverte de lames de plomb, sur laquelle ce petit malade jouait pendant la belle saison. Après la pluie, on remarque sur la terrasse une poussière grisâtre qui n'est sans doute autre chose que du carbonate de plomb.

D'ailleurs, d'autres enfants, qui jouent également sur cette terrasse de plomb, sans avoir éprouvé des accidents aussi graves, ont eu des coliques et présentent aussi le liséré gingival.

Ce jeune saturnin est en voie de guérison, sous l'influence d'un traitement prolongé à l'iodure de potassium, auquel ont été joints des bains sulfureux et l'emploi des courants faradiques.

— M. Mathieu : D'après M. Hayem, il y aurait, dans une première phase de la digestion gastrique, une augmentation progressive de la quantité des produits chloro-orga-

niques; puis, dans une deuxième phase, une diminution progressive de ces produits correspondant à la phase de peptonisation. La première phase ne représenterait qu'une modification préparatoire des substances albuminoïdes.

Pour que cette interprétation fût admise, il ne faudrait pas que la peptone pût se combiner au chlore. Or, la peptone peut, au contraire, se combiner à l'acide chlorhydrique, de façon à masquer, d'après M. Villejean, la dixième partie de cet acide vis-à-vis de ses réactifs. C'est à peu près la même proportion que pour les autres substances albuminoïdes. On ne peut donc pas dire que l'abaissement des produits chloro-azotés correspond à l'apparition de la peptone.

En somme, tant qu'on ne pourra doser directement les diverses substances albuminoïdes à leurs diverses étapes de transformation, il sera impossible de savoir ce qu'est le travail stomacal et quelle est son importance. En attendant, le procédé de MM. Hayem et Winter ne peut servir qu'à déterminer certaines des qualités de la sécrétion gastrique. On ne peut donc baser aucune théorie de pathologie générale sur les modifications du travail de l'estomac.

En second lieu, M. Hayem admet que, chez les hyperchlorhydriques avec hypersécrétion, il y a un retard du processus digestif. Mais les observations de M. Hayem sont susceptibles d'une autre interprétation. Ces malades, en effet, ont de l'hypersécrétion. Les produits de la digestion, et en particulier les produits chloro-azotés, sont dilués dans une quantité exagérée de liquide. De là, un affaiblissement apparent du travail exécuté. D'autre part, ce travail paraît ralenti parce que l'estomac se vide incomplètement. On pourrait y retrouver des détritus alimentaires ingérés deux ou trois jours auparavant.

Les deux faits principaux, dans les cas de cet ordre, sont donc l'hypersécrétion et le trouble de la motricité gastrique. Ces deux facteurs suffisent à tout expliquer. L'hypersécrétion fournit de l'acide chlorhydrique en excès qui peut, selon les cas, rester libre ou se transformer en chlorures fixes aux dépens des bases fournies par les aliments, le mucus et la salive.

L'hypersécrétion et l'atonie gastrique s'expliquent très bien par un vice d'innervation, par un état névropathique préexistant qui s'accuse davantage encore par le trouble fonctionnel de l'estomac, par le séjour prolongé dans sa cavité, d'une quantité exagérée d'acide chlorhydrique. La névropathie provoque la gastropathie qui augmente à son tour la névropathie; c'est un cercle vicieux.

Ce cercle vicieux, on peut le rompre en faisant chez les hyperchlorhydriques, comme l'a conseillé M. Debove, des gavages à la poudre de viande alcalinisée. On diminue ainsi l'irritation gastrique et on relève les forces du malade. Cette amélioration est plus marquée encore si l'on traite la névropathie primitive par des moyens appropriés et, en particulier, par l'hydrothérapie.

— M. Hayem : Les différentes variétés de troubles du chimisme stomacal ne sont que des types chimiques. Toutes ces déviations chimiques se retrouvent cependant chaque jour en clinique; il est donc possible d'en faire une classification assez simple portant sur les divisions de ces deux grandes classes : hyperpepsie et hypopepsie.

M. Hayem divise l'hyperpepsie en deux variétés :

1° L'hyperpepsie typique, caractérisée par une augmentation de l'acide chlorhydrique et des produits chloro-azotés (H + et C +).

2° L'hyperpepsie chloro-organique (C +, H étant = ou —).

L'hypopepsie est également divisée en deux variétés :

1° L'hypopepsie avec hyperchlorhydrie (H +).

2° L'hypopepsie générale ou typique.

Dans chacune de ces divisions, le type peut être simple ou compliqué de fermentations anormales.

C'est d'après ces divisions que M. Hayem a rangé ses observations; il peut maintenant aborder l'étude des types nosologiques.

Il existe des gastropathies d'origine irritative dues à l'usage d'aliments excitants; parmi ces gastropathies, la mieux individualisée est la gastrite alcoolique.

Jusqu'ici, les médecins se bornaient à doser, par des procédés plus ou moins exacts,

l'acide chlorhydrique libre. Ils ne signalaient donc, dans la gastrite alcoolique, que la diminution ou même la suppression de cet acide. M. Hayem a poussé plus loin l'examen chimique chez les gastropathes alcooliques. Sur 36 cas de gastrite alcoolique, il a trouvé 3 cas d'hyperpepsie, 10 cas d'hypopepsie avec hyperchlorhydrie et 23 cas d'hypopepsie proprement dite, dont 4 allaient jusqu'à l'apepsie; donc 3 cas d'hyperpepsie et 33 cas d'hypopepsie. D'autre part, 12 cas étaient simples et 24 compliqués de fermentations anormales. Celles-ci sont donc d'une grande fréquence dans la gastrite alcoolique; elles existent dans les deux tiers des cas. Chez deux malades, il y avait de la gastrosuccorrhée, une véritable sécrétion gastrique à jeun.

On ne peut encore établir un rapport entre l'ancienneté de l'irritation gastrique et l'état chimique révélé lors de l'examen du malade. Ainsi, M. Hayem a trouvé une hypopepsie très accentuée chez de jeunes alcooliques et de l'hyperpepsie, ou tout au moins de l'hyperchlorhydrie chez d'anciens buveurs. Cependant, le rapport paraît exister. Ainsi, chez des malades atteints de délire alcoolique avec tremblement prononcé, ayant fait récemment de forts excès, M. Hayem a trouvé habituellement une hypopepsie très intense. A un degré moindre d'alcoolisme, c'était de l'hyperpepsie ou de l'hyperchlorhydrie.

M. Hayem a remarqué, en outre, que les liqueurs, depuis l'eau-de vie de qualité quelconque jusqu'au vulnéraire, amènent l'hypopepsie plus rapidement et plus souvent que les vins de différentes qualités.

FORMULAIRE

MIXTURE CONTRE LES VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE. — Weiss.

Menthol	1 gramme.
Alcool	20 grammes.
Sirop simple	30 —

F. s. a. une solution, dont on prescrit une cuillerée à café toutes les heures, contre les vomissements de la grossesse. — En pareil cas, le docteur Huchard fait préparer un mélange de 5 grammes de teinture d'iode et 5 grammes de chloroforme, et il en prescrit cinq gouttes, matin et soir, au moment des repas, dans une petite quantité d'eau.

N. G.

COURRIER

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA PROSTITUTION. — Dans la séance du 20 octobre du Conseil municipal, le docteur Dubois a déposé au nom de MM. Pétrot, Navarre, Vaillant, Champoudry, Strauss, Deschamps et au sien une proposition engageant le bureau du Conseil municipal à jeter les bases d'un Congrès international pour l'étude des questions relatives à la prostitution et à la propagation des maladies syphilitiques. Ce Congrès serait organisé par la Ville de Paris et serait tenu à l'Hôtel de Ville en 1893. Il réunirait les savants de la médecine, du droit, de l'hygiène et des sciences de l'économie politique et sociale. (*Progrès méd.*)

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Par décret rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, M. le docteur Grout, médecin à Petit-Quevilly (Seine-Inférieure), est nommé *chevalier de la Légion d'honneur.* Le décret porte les mentions suivantes : Reçu docteur en 1825. Brillante conduite pendant l'épidémie cholérique de 1832. Ancien médecin, à titre gratuit, de la Morgue, du port et du premier bureau de bienfaisance institué à Rouen. A été, pendant trente ans, secrétaire de la Société médicale de cette ville. Médecin honoraire de l'hospice et de la colonie agricole de Petit-Quevilly. Soixante-cinq ans d'exercice de la profession médicale.

Clinique française (76, rue de Vaugirard, et 30, rue d'Assas). — *Cours de massage et d'hydrothérapie.* — M. le docteur Descourtis commencera son cours le jeudi 5 novembre, à une heure et demie du soir, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Ce cours essentiellement pratique sera complet en deux mois. — S'inscrire au secrétariat de la Clinique française.

Ecole d'anthropologie (seizième année), 15, rue de l'École-de-Médecine. — *Programme des cours* (ouverture le mardi 3 novembre 1891).

Le lundi, à quatre heures : M. G. de Mortillet. — Anthropologie préhistorique. Question de l'homme tertiaire. L'homme quaternaire.

Le lundi, à cinq heures : M. Mathias Duval. — Anthropogénie et embryologie. Evolution ontogénique et phylonégique des organes des sens. (A partir du 11 janvier 1892.)

Le mardi, à trois heures : M. Fr. Schrader. — Anthropologie géographique. La terre et l'homme. (A partir du 12 janvier 1892.)

Le mardi, à quatre heures : M. André Lefèvre. — Ethnographie et linguistique. Les religions indo-européennes.

Le mardi, à cinq heures : M. Georges Hervé. — Ethnologie. Les populations de la France.

Le mercredi, à quatre heures : M. J.-V. Laborde. — Anthropologie biologique. Les fonctions intellectuelles et instinctives. La fonction générale du langage et de l'expression, ou mimique ; le langage articulé ;

Le mercredi, à cinq heures : M. Mahoudeau. — Anthropologie zoologique. Les ancêtres de l'homme.

Le vendredi, à trois heures : M. Fauvelle. — Conférences. Histoire critique des études dites psychologiques.

Le vendredi, à quatre heures : M. Bordier. — Géographie médicale. Le milieu social. Action du milieu social sur l'homme et les animaux.

Le vendredi, à cinq heures : M. L. Manouvrier. — Anthropologie physiologique. L'anatomie dans ses rapports avec la psychologie. Etude de diverses catégories humaines et de l'hérédité psychologique.

Le samedi, à quatre heures : M. Ch. Letourneau. — Sociologie (Histoire des civilisations). L'évolution littéraire dans les diverses races humaines ; ses rapports avec l'état social et politique.

Le samedi, à cinq heures : M. A. de Mortillet. — Ethnographie comparée. Etude comparée des armes employées par les sauvages modernes et les populations préhistoriques.

Un registre d'inscription est déposé à la Bibliothèque pour les auditeurs des cours qui désireraient un certificat d'assiduité.

Hôpital Laennec. — M. le docteur Ferrand commencera ses conférences de thérapeutique clinique (Des indications), le vendredi 30 octobre 1891, à neuf heures et demie.

Les lampes qui fument. — Le meilleur moyen d'empêcher les lampes de fumer est de tremper les mèches dans du vinaigre fort et de les bien sécher avant de s'en servir.

Après cette petite préparation, on sera tout étonné de voir quelle flamme claire et brillante on obtient par ce procédé qui est la simplicité même. (*Lyon médical.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

Toute l'agitation qui s'est faite dans le monde médical, au sujet de la création d'une Faculté municipale de médecine à Paris, était restée jusqu'ici assez stérile, parce qu'on ne savait pas au juste ce que voulait le Conseil municipal, ni ce qu'il offrait aux futurs professeurs. Aujourd'hui, le Conseil paraît sur le point de faire un pas en avant; il vient de recevoir de deux de ses membres, MM. Strauss et Navarre, deux propositions motivées relativement à l'enseignement clinique dans les hôpitaux. Nous passons sur les motifs, qui sont essentiellement les mêmes dans les deux propositions, à savoir : la nécessité de mieux utiliser les immenses ressources offertes à l'enseignement clinique par la clientèle hospitalière et par les médecins et chirurgiens traitants.

M. Strauss demande d'affecter un crédit de 100,000 francs à l'enseignement de la médecine dans les hôpitaux; ce crédit serait réparti entre les professeurs des hôpitaux chargés des chaires de clinique médicale générale, de clinique chirurgicale, de dermatologie, de syphiligraphie, de laryngologie, de maladies des enfants, d'accouchements et de gynécologie, de maladies nerveuses, d'ophthalmologie, d'otologie; il devrait subvenir, en outre, aux frais de cours complémentaires faits à l'Hôtel-Dieu dans l'après-midi, moment auquel les grands amphithéâtres sont libres, ainsi qu'aux dépenses d'affichage et de publicité, à la dotation actuelle des laboratoires subventionnés par le Conseil et aux encouragements de toute nature à l'enseignement hospitalier.

Le projet de M. Navarre est plus restreint. Il demande seulement de créer deux chaires de clinique médicale et une chaire de clinique chirurgicale dans un hôpital de Paris à désigner ultérieurement.

L'enseignement serait donné par les médecins et chirurgiens des hôpitaux, parmi lesquels les titulaires seraient choisis par le Conseil municipal, d'accord avec l'administration de l'Assistance publique et auxquels serait conféré le titre définitif de professeur de clinique des hôpitaux de Paris.

Les cours de clinique comprendraient : 1° la pathologie; 2° le diagnostic avec ses déductions pronostiques et thérapeutiques.

Les cours de clinique médicale seraient faits par deux professeurs chargés, l'un du cours de pathologie, l'autre du cours de diagnostic. Les cours de clinique chirurgicale seraient confiés à un professeur qui enseignerait la pathologie, le diagnostic et la séméiologie. Le programme des cours devrait

être parcouru dans l'espace d'une année. Un laboratoire d'anatomie pathologique, d'histologie et de bactériologie serait annexé à cet hôpital.

Il est à remarquer que les deux projets ne semblent nullement hostiles à la Faculté; ils se proposent de compléter son enseignement, mais non de la supplanter. « Une telle organisation, dit M. Strauss, très simple et facilement réalisable, ne fait, si l'on veut, que consacrer et développer un enseignement déjà prospère; aucune objection ne saurait lui être opposée; la Faculté de médecine, qui avait songé à s'adjoindre un certain nombre de maîtres de nos hôpitaux, ne pourra qu'applaudir à la réorganisation de l'enseignement pratique par le Conseil municipal de Paris; les étudiants se réjouiront d'une amélioration si profitable à leurs études; les malades y gagneront par cela même que s'élèvera le niveau intellectuel des hôpitaux; la ville de Paris y trouvera tout profit par une plus grande affluence d'étudiants français et étrangers. »

Nous attendons avec impatience le résultat de la délibération du Conseil municipal sur ces projets.

— Le remarquable discours de M. Chauveau sur la transformation des virus a établi d'une manière définitive les relations qui existent entre la vaccine est la variole. Désormais, il ne faudra plus songer à dire que la vaccine est une variole atténuée, ni, comme l'a fait remarquer M. Hervieux, à remplacer en pratique la vaccination par la variolisation dite atténuée. Les données de la clinique confirment de tous points les résultats expérimentaux, car jamais on n'a vu la variole se transformer en vaccine chez les animaux, et jamais la vaccine n'a produit la variole chez l'homme.

L.-H. P.

REVUE DES CLINIQUES

Les idées délirantes de défense, par le docteur J. Séglas (1). — L'idée de défense chez l'aliéné ne se borne pas à la réaction à laquelle il s'abandonne, sous l'influence de son délire, pour se mettre en garde contre ses ennemis. A côté de ces réactions défensives bien connues, il est des cas moins étudiés, dans lesquels le malade attache à l'émission de certaines paroles, à l'accomplissement de certaines habitudes, de certains gestes, une idée de défense contre ses ennemis. De plus, il y a des malades qui ont, à côté des idées de persécution, des idées antagonistes de défense, donnant au délire un aspect particulier. Dans le premier cas, l'aliéné intervient lui-même dans la défense, il est actif; dans le second, il reste passif, subissant la défense comme il subit l'attaque.

Nous distinguerons donc deux variétés d'idées de défense : les actives et les passives. Commençons par les idées de défense passives.

Par ces idées, le malade exprime qu'à côté d'individus qui le poursuivent, il en existe d'autres qui le défendent. L'analyse de la formule d'une idée de défense complète comporte trois termes :

1° Comment le malade désigne-t-il ses défenseurs?

2° En quoi consiste la défense?

3° Quels sont les moyens employés par les défenseurs?

Examinons successivement ces trois points :

1° Dans certains cas, le malade ne parle de ses défenseurs que d'une façon très vague, indéterminée : « on, le monde ». D'autres fois, il se sert de termes un peu plus précis, désignant une collectivité d'individus, tels que « la défense, la médecine, les amoureux bienveillants, les dames de l'aristocratie, les messieurs. » Dans certains cas, il emploie

(1) Résumé d'après la *Médecine moderne.*

un néologisme comme « la classe Dieu, le bon Dieu ». Parfois, enfin, il spécifie nettement son défenseur : « le maréchal de Mac-Mahon, M. de Saint-A.... » et fait même usage, pour cela, de néologismes comme le suivant : « le raccomodeur retempier. »

Ces différents modes de désignation ont de l'importance en ce sens que leur degré de précision dénote une systématisation plus ou moins grande de l'idée. L'emploi de néologisme, de son côté, révèle une affection chronique. Souvent la formule caractérisant le défenseur indique ainsi le genre de défense et aussi certains symptômes de la maladie : hallucinations de l'ouïe (bon écho) ou modifications de la sensibilité générale (raccomodeur retempier, c'est-à-dire refaisant les tempes).

2° Cherchons maintenant à reconnaître dans l'expression de l'idée en quoi consiste la défense. On peut distinguer plusieurs degrés. Tantôt la défense se borne à mettre le malade sur ses gardes; tantôt, elle entrave l'action des persécuteurs, ou va même jusqu'à réparer les dommages causés par eux. Voici des exemples où la formule de défense peut vous mettre sur la piste de détails faisant partie du complexus symptomatique de l'affection mentale :

Une de nos malades, persécutée, entend une voix d'homme qui lui dit : « Prends garde, méfie-toi de ces dames ».

Mlle B..., persécutée, se plaint du grand Ferdinand qui a une mauvaise classe et est contre elle. Mais la « classe Dieu » lui parle et lui dit des mots d'amitié.

Mlle M..., persécutée, avec idées d'empoisonnement, se dit défendue par le médecin de la Compagnie d'Orléans, qui lui disait : « Prends garde à la soupe ».

Dans tous ces cas, l'idée de défense nous révèle la présence d'une hallucination verbale auditive sous la forme d'avertissement. Nous retrouvons le même phénomène dans les cas où la voix s'adresse aux persécuteurs.

Mme H..., persécutée, nous dit : « Il y a surtout une personne qui veille sur moi, c'est M. de St-A..... » Il gronde les personnes qui mènent mal et dit : « Je ne veux pas qu'on mène mal ».

Quelquefois, il peut y avoir une sorte de dédoublement des hallucinations verbales auditives, les mauvaises voix se faisant entendre dans une oreille, les bonnes dans l'autre oreille.

Les idées de défense peuvent aussi révéler la présence d'hallucinations verbales psycho-motrices. Chez une de nos malades, les voix de la défense qu'elle percevait d'abord par les deux oreilles partent maintenant de l'épigastre et s'accompagnent de phénomènes moteurs très manifestes. « Il y en a, dit-elle, qui viennent parler dans la bouche et qui obligent la langue à remuer; mais la bouche reste fermée et il ne sort aucun son. Je comprends ce que les voix disent aux mouvements de la langue, sans prononcer rien, ni haut, ni bas. »

La formule de l'idée de défense peut aussi nous indiquer des troubles hallucinatoires plus variés (vue, tact, sensibilité générale) associés à l'hallucination verbale auditive. En même temps, la défense semble s'étendre parfois jusqu'à réparer les dommages causés par les persécuteurs.

« Les roulettes de la machine magnétique qu'on a tournées sur M. R... l'ont fait mourir il y a neuf ans; mais alors le créateur est apparu à sa vue, l'a ressuscité et lui a dit : « Souviens-toi ».

Mlle F... se plaint d'un mauvais écho qui la fait souffrir. Mais il y en a un bon qui détruit ses effets, la fait résister et l'empêche de déraisonner quand on vient lui prendre sa pensée.

3° Quant au troisième point, la désignation des moyens employés, bien souvent, le malade reste dans le vague à ce propos et ne spécifie rien; l'idée de défense se borne alors à ce que nous venons d'examiner. Mais, cependant, il est des malades indiquant le moyen de défense.

Un persécuté observé par M. Cotard est soumis à des fumigations d'ammoniaque qui, bien que répandant une odeur désagréable, réagissent sur lui, à l'entendre, d'une façon favorable.

Une de nos malades, en proie à des troubles de la sensibilité générale, ne peut résister

aux supplices que lui font subir ses ennemis que grâce aux inoculations de sang et de bouillon chaud que ses défenseurs lui font de loin avec un lance-buée.

Vous voyez ainsi que la formule de l'idée délirante vous fait faire des constatations importantes : présence d'hallucinations, troubles de la sensibilité générale, emploi de néologismes.

Le diagnostic des idées de défense passives est en général facile; elles ne peuvent guère être confondues qu'avec certaines idées de possession que nous verrons par la suite, et dont il faut les distinguer au point de vue des troubles de la personnalité.

Toute défense implique nécessairement une attaque antérieure. Aussi n'est-il pas étonnant que les idées n'apparaissent que chez les persécutés et prennent seulement naissance quand le malade a systématisé son délire. Aussi, est-il rare de les rencontrer chez des malades ne présentant que des idées de persécution passagères.

La présence seule d'idées de défense passives est donc déjà un indice de chronicité; nous avons vu comment leur présence pouvait aider au diagnostic.

Souvent ces idées de défense sont transitoires; mais parfois aussi elles se systématisent en suivant une évolution en quelque sorte parallèle à celle des idées de persécution; leur présence peut éviter au malade des réactions violentes. D'ailleurs Morel et Legrand ont montré que les hallucinations de sens contraire peuvent se contrebalancer et empêcher le malade d'obéir aux mauvaises voix. Ainsi des hallucinations consolantes rendaient les malades plus vigoureuses. Notre malade aux hallucinations verbales psycho-motrices de défense est satisfaite, sûre de sortir, car elle a triomphé. On pourrait, ce me semble, trouver une explication de ces faits dans les travaux de M. Féré, qui a cherché à établir que toute excitation amène une augmentation de puissance d'autant plus grande que l'excitation est plus agréable.

Passons maintenant à l'étude des idées de défense actives.

Je ne vous exposerai pas ici les réactions habituelles par lesquelles l'aliéné cherche à se défendre contre ses ennemis, changements de domicile, analyse de ses aliments, refus de certains mets, dénonciation aux autorités. Là il n'y a pas en réalité idée délirante de défense, il y a réaction résultant d'idées de persécution.

Je me restreindrai à ces cas dans lesquels le malade attribue à certains actes bizarres qu'il exécute une portée particulière, une idée de défense contre ses ennemis. Ces idées de défense actives sont évidemment comme les passives, en rapport étroit avec des idées de persécution antérieures.

Nous les diviserons pour en faciliter l'étude en trois catégories, suivant qu'elles se manifestent à nous par le langage parlé, écrit ou mimique :

1° Dans le premier cas l'idée de défense se traduisant par le langage parlé, revêt l'apparence et a pour le malade toute la valeur d'un exorcisme, d'une conjuration.

Tantôt c'est un simple mot, un juron, tantôt toute une phrase, une formule que le malade déclame sur un certain ton, à la manière d'une incantation. En voici un exemple : « 5 fois 5 font 25, je suis la reine de France Zazi, enfermée à la Salpêtrière, etc. »...

Dans ce cas, la phrase était créée de toutes pièces par la malade dans le but particulier « de se maintenir dans ses droits ».

J'ai observé une autre malade qui, pour se défendre contre ses ennemis et se mettre en rapport avec ses défenseurs, sifflait un refrain pendant des heures entières en se promenant dans une direction déterminée.

Parfois les formules se trouvent intercalées au milieu du discours (embololalie) et lui donnent un aspect tout particulier de double conversation, sur lequel j'ai déjà attiré votre attention en vous exposant les modifications du langage chez les aliénés.

2° Une seconde catégorie comprend les cas où l'idée de défense se traduit par le langage écrit.

Parfois, comme chez une de nos malades, c'est une modification de l'orthographe des mots. Elle supprime les i et les remplace par des y, allonge les voyelles en diphtongues, intercale des h à tout propos, met sur les voyelles et même sur des syllabes un accent circonflexe de son invention. Cette écriture, pour elle, est plus masculine, donne de la force à sa pensée et lui permet de résister aux ennemis qui « aspirent » son intelligence.

Dans d'autres écrits, l'idée de défense se traduira par un mot comme « Dis? » ou « M'entendez-vous? »

Une de nos malades répète dans ses écrits plusieurs fois par page, la phrase : « Dieu et son droit, maudit dans tout ce qu'il y a de plus maudit qui mal y pense », destinée à faire cesser les obsessions de ses persécuteurs. Elle répète les mêmes dates, au cours de ses écrits, pour empêcher ses ennemis de lui faire perdre le fil de ses idées. Cette malade, en particulier, a un véritable système de défense. Outre certains gestes, certaines paroles, certaines phrases, destinées à conjurer « l'attaque », il arrive souvent que « l'attaque » suscite des recherches quand la malade lit ou entend rappeler un fait, une date. Tant qu'elle ne trouve pas une réponse à l'attaque, la malade présente un grand malaise, des tremblements, du vertige. En cherchant, elle finit par trouver une réponse, qui lui rend le calme. Lorsque la question est difficile, elle conjure la difficulté par la formule citée plus haut.... De l'emploi de la lettre L? demande l'attaque. — Et la malade ne retrouve sa tranquillité qu'après avoir répondu : « Saint-Laurent l'a par devant, Saint-Paul l'a par derrière, les filles l'ont au milieu, et quand elles sont femmes, elles ne l'ont plus ».

3° Enfin, c'est souvent par la mimique que le malade traduit son idée de défense.

Notre dernière malade, pour assurer la « défense », frappe du pied, agite le bras droit et souffle. Un autre fait le geste de séparer quelque chose et dit en même temps : « Les chances sont égales ». Une autre, persécutée mystique, se défend de ses ennemis par des signes de croix répétés et des gestes cabalistiques. Une quatrième ne cousent jamais à parler à quelqu'un avant de l'avoir exorcisé avec une baguette qu'elle réserve à cet usage.

De ces gestes, il faut rapprocher certaines habitudes se rattachant à une idée de défense. Une malade, pour conjurer les mauvaises influences, garde continuellement entre les dents un jeton en métal qu'elle n'ôte même pas pour parler. Une persécutée chassait les mauvais esprits; elle retirait les draps de son lit, et posait, sur une assiette, une bougie piquée d'épingles qui tombaient à mesure que la bougie brûlait. On peut rapporter à ces faits, les modifications que la malade fait subir à son costume pour se préserver des atteintes de ses ennemis. Une malade, à qui l'on travaille la cervelle, s'entoure la tête d'un casque de carton qui recouvre les oreilles et empêche les « perce-oreilles » d'y pénétrer. Une autre, pour se préserver de la « charognerie », se place la nuit, sur la poitrine, un cataplasme de matières fécales et se couvre ensuite hermétiquement.

Ces idées de défense active, comme les précédentes, ne se rencontrent qu'à la suite d'idées de persécution le plus souvent systématisées et de date ancienne.

On pourrait cependant en rapprocher quelques faits très analogues observés dans d'autres formes psychopathiques, telles que les obsessions. C'est aiusi qu'on pourrait leur comparer le lavage répété des mains chez des individus ayant le délire du toucher; et même un de mes malades se lavait les mains quand il avait rencontré un enterrement. De même, on pourrait rapprocher aussi des idées de défense active certains mots ou formules prononcés par des onomatomanes dans le but de neutraliser l'effet néfaste produit par d'autres. Une malade ne pouvait entendre les mots : « vendredi, malheur, treize », sans pronoucer : « samedi, bonheur, quatorze ».

Cette constatation peut avoir une certaine importance pour nous renseigner sur la valeur psychologique de ces faits. Dans ces derniers cas, ils traduisent un état de débilité mentale, le plus souvent native. Les faits semblables, observés chez les persécutés, plaideraient donc déjà en faveur d'un affaiblissement intellectuel. D'ailleurs, chez eux, ils n'apparaissent qu'après une période de maladie déjà longue. De plus, leur mode d'expression peut vous renseigner aussi, soit par lui-même lorsqu'il vous dénote des néologismes, des phrases ou des gestes, indices d'un état chronique, soit en vous montrant la présence d'autres symptômes (hallucinations diverses) qui peuvent avoir une valeur pour indiquer l'état mental général du sujet.

La constatation des idées de défense active, comme celle des passives, peut enfin être utile au point de vue médico-légal; à l'état d'habitudes, elles peuvent assurer la

tranquillité au malade et lui épargner les réactions violentes rendant souvent l'individu dangereux.

Vous voyez toute l'importance qu'il faut attacher à l'étude des idées de défense. J'ai voulu attirer l'attention sur ce sujet plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici. Quelques auteurs avaient bien signalé des hallucinations de caractère opposé, mais n'ont pas étudié ces idées de défenses. J'ai autrefois, en collaboration avec M. Bezançon, fait un mémoire exclusivement sur les idées de défense passives. C'est pour combler cette lacune que j'ai cru devoir vous exposer l'ensemble de ces considérations.

Congrès de septembre 1891 (1).

IX. *Communications diverses.*

M. Baker (Washington) a communiqué les résultats qu'il a obtenus par l'*amputation élevée dans le cancer du col de l'utérus* (2). Un grand nombre de ses opérées sont encore en vie; 10 n'ont pas encore de récidive et ont été opérées depuis un temps qui varie de trois à sept ans. M. Baker cautérise profondément la surface de section avec le thermocautère.

Dans la discussion qui a suivi, MM. Byrne et Fauvrin se sont montrés partisans de l'hystérectomie vaginale.

M. Emmet a fait remarquer qu'il est fort difficile de dire qu'un cancer de l'utérus est radicalement guéri, car la récidive peut ne survenir qu'après quatorze ans.

M. Hanks a conseillé les précautions suivantes, afin d'éviter les abcès et la hernie après la laparotomie. Il faut raser le pubis et placer sur l'abdomen, avant l'opération, un pansement humide au sublimé; la suture du péritoine et celle du fascia doivent être faites séparément, et les sutures n'être qu'en nombre strictement nécessaire; il faut les enlever le plus tôt qu'on le peut. Le premier pansement sera remplacé au bout de trois jours.

M. Byford a aussi recommandé d'enlever l'excès de graisse et le tissu adipeux contusionné qui pourrait exister dans la plaie.

— M. Frey s'est occupé de la *glycosurie des femmes enceintes*. Elle provoque souvent

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 22, 24, 27 et 29 octobre 1891.

(2) Cette communication et les deux suivantes ont, par erreur, été séparées de celles relatives à l'obstétrique.

l'accouchement avant terme; quelquefois il faut recourir à l'accouchement prématuré, qui améliore parfois notablement l'état des malades. Toute grossesse ultérieure doit être interdite à uue femme devenue enceinte pendant la gestation.

— Pour M. Lewis Smith l'adéno-phlegmon du cou, les otites moyennes, que l'on observe dans la première période de la *scarlatine*, sont dus à un streptocoque analogue au streptocoque pyogène; on peut prévenir ces complications par des pulvérisations d'eau oxygénée étendue ou de solution faible de sublimé faites dans le pharynx et les fosses nasales, en même temps, on fera, toutes les heures, des injections nasales chaudes à l'acide borique. Les convulsions dépendent, au début de l'hyperthermie, à la fin de l'urémie. Dans le premier cas, on recourra à la phénacétine et à l'aconit; le salicylate et le *veratrum viride* sont nuisibles à divers titres. Les stimulants sont indiqués dans l'adynamie, et les bromures, s'il y a des symptômes nerveux.

— M. Villard (Marseille) a observé un cas de *phlegmatia alba dolens double* chez une chlorotique; la coagulation veineuse occupait les membres inférieurs. Le sang renfermait des microcoques et peut-être y a-t-il eu d'abord une lésion des vasa-vasorum des parois des veines entraînant de la dégénérescence endothéliale. L'origine des accidents est probablement la grippe.

M. Tessier tendrait aussi à rattacher la phlegmatia qu'a présentée la malade de M. Villard à la grippe. Dans cette maladie, il y a un diplo-bacille particulier qui est l'agent spécifique.

M. Bourdillon a vu survenir des phlegmatia multiples chez une femme qui avait des signes douteux de cancer de l'ovaire. Le sang contenait des microcoques en chainette.

M. Boinet a obtenu des cultures pures de microcoques avec le sang extrait de la pulpe de l'index sur des malades atteints de thrombose marastique ou de phlegmatia survenue dans différentes conditions. Tantôt ces microcoques dépendaient d'infections secondaires, tantôt ils étaient la cause de la maladie principale. Dans un cas où il s'agissait d'une phlegmatia d'origine rhumatismale, M. Boinet a retrouvé le staphylococcus albus, qu'il a déjà isolé dans le rhumatisme en 1889. Il a rattaché un des cas observés sur une tuberculeuse à des altérations très notables des vasa-vasorum; le sang et les parois veineuses ne renfermaient que le staphylococcus albus sans bacilles de la tuberculose. Le staphylococcus aureus existait seul dans un cas d'origine puerpérale.

— M. Laplane a soigné un officier atteint d'*hémiplégie palustre* à la suite d'accès de fièvre pernicieuse à forme apoplectique; il y a eu des lésions de la couche corticale du cerveau, dégénérescence secondaire des cordons latéraux et extension de la lésion aux cornes antérieures. C'est la première observation dans laquelle l'hémiplégie palustre est accompagnée d'atrophie musculaire.

BIBLIOTHÈQUE

Entretiens chirurgicaux faits a l'hôpital Saint-Jean pendant les années 1886 a 1890, par le docteur J. Thiriar. — Bruxelles, Manceaux, 1891.

L'auteur a réuni, dans ce volume, un certain nombre de leçons, sans prétention savante, qu'il a faites à ses assistants sur les cas qu'il avait à opérer. Son but est d'être utile aux élèves, aux jeunes médecins pour qui tout est nouveau et aussi aux nombreux praticiens très occupés qui n'ont pas toujours le temps de recourir à leurs livres classiques et qui peuvent être heureux d'avoir sous la main un guide modeste qui leur montrera la voie à suivre dans certains cas de chirurgie pouvant les embarrasser.

Parmi les leçons de M. Thiriar, une des plus intéressantes est consacrée à l'hystérectomie vaginale et à ses indications et contre-indications. De même que notre maître, M. le docteur Richelot, il en repousse l'emploi lorsque l'affection cancéreuse a atteint le vagin, les ligaments larges ou les ganglions pelviens. Il faut faire l'hystérectomie même

quand le cancer est limité au col seul; l'opération n'est pas plus dangereuse que l'amputation du col et elle est beaucoup plus efficace.

Les principales leçons sont consacrées aux affections chirurgicales des bourses, au genu valgum, aux tumeurs fantômes de l'abdomen, à l'hystéropexie, à l'anus contre nature, au Railway-Brain, etc. Cette énumération incomplète suffit pour montrer la variété des sujets traités par M. Thiriar. — P. Ch.

REVUE DES JOURNAUX

Contribution à l'étude du traitement de la diphthérie, par P. Kastenko et F. Grabowski. (*Bulletin de thérapeutique*, 1891.) — Sous l'inspiration du directeur de l'Institut bactériologique de Karcoff, le professeur Wissokovitsch, les auteurs ont entrepris de vérifier sur les animaux les faits annoncés par le docteur Babchinsky sur les effets favorables de l'érysipèle et du streptococcus de l'érysipèle dans la diphthérie. Ils se sont, en outre, livrés à l'étude des autres médicaments qui ont été recommandés pour la guérison de la diphthérie, se basant, dans cette étude, sur les particularités morphologiques et biologiques du micro-organisme de la diphthérie.

Dans leur travail remarquable, Roux et Yersin ont démontré que les animaux atteints de diphthérie meurent par suite d'un empoisonnement occasionné par la résorption d'une tox-albumine particulière sécrétée par le bacille de la diphthérie. Un traitement rationnel devra donc chercher à détruire le foyer de fabrication de cette tox-albumine, c'est-à-dire les fausses membranes, et à neutraliser les effets meurtriers de la tox-albumine déjà absorbée par l'organisme.

Les auteurs ont d'abord fait aux lapins des inoculations avec des cultures pures de streptococcus de l'érysipèle. Les lapins inoculés de la sorte mouraient plus rapidement de la diphthérie que les témoins qui n'avaient pas été inoculés de l'érysipèle. Ceci confirme, du reste, les faits consignés par Roux et Yersin, que l'érysipèle aggrave la diphthérie. Des injections sous-cutanées d'une solution d'essence de térébenthine dans de l'huile d'amandes douces (10 p. 100), d'une solution d'essence d'eucalyptus de 10 p. 100, d'une solution de 10 p. 100 d'iodure de sodium dans de l'eau distillée n'ont donné aucun résultat.

Se basant sur les travaux de Richet, de Roux et Yersin, de Behring et Kitasato, les auteurs ont injecté, aux lapins atteints de diphthérie, du sérum des ras et des souris, mais ce résultat est également négatif.

Les solutions des substances suivantes employées ordinairement contre la diphthérie en gargarisme et en badigeonnage ont été examinées par les auteurs au point de vue de leurs effets sur les bacilles de la diphthérie : alun (3 p. 100), acide phénique (1 et 2 p. 100), eau de chaux avec l'acide phénique (1 et 2 p. 100), eau de chaux avec de l'acide phénique à 2 p. 100, sublimé corosif (1 p. 500), acide chlorhydrique (1 p. 1,000), acide borique (4 p. 100), acide citrique (5 p. 100), salicylate de soude (5 p. 100), chlorate de potasse (3 p. 100), solution de perchlorure de fer et de glycérine à parties égales, 1 partie d'iode, 2 parties d'iodure de potassium dans 300 parties d'eau distillée, l'essence de térébenthine et l'essence de menthe.

Les substances suivantes détruisent, au bout d'une minute, les cultures du bacille diphthérique sur de l'agar : sublimé corrosif (1 p. 5,000), alcool à 85 degrés, solution à parties égales de perchlorure de fer et de glycérine, eau de chaux avec de l'acide phénique à 2 p. 400, (iode, 1 partie; iodure de potassium, 2 parties; eau distillée, 300 parties), solution d'acide phénique à 2 p. 100.

Pendant cinq minutes : salicylate de soude (à 5 p. 100), acide citrique (à 5 p. 100). Pendant trente minutes : alun, 3 p. 100; solution d'acide phénique, 1 p. 100; acide chlorhydrique (1 p. 1,000), alcool à 42 degrés. N'ont produit aucun effet pendant cinq minutes : essence de térébenthine, essence de menthe.

N'ont produit aucun effet pendant trente minutes : chlorate de potasse (3 p. 100), acide borique (4 p. 100). — P. N.

Hémorrhagies du labyrinthe dues à l'anémie pernicieuse, par J. Habermann (*Annales des maladies de l'oreille*). — L'auteur rapporte l'histoire d'une malade, âgée de 21 ans, morte d'une anémie pernicieuse. Des symptômes, observés pendant la vie, ne nous intéressent que la surdité, le bourdonnement et le vertige intense dont la malade était atteinte.

Le sang, examiné à plusieurs reprises, était aqueux, très pâle et montrait une coloration rouge très irrégulière, comme marbrée. Au microscope, on trouvait un entassement incomplet, comme des pièces de monnaie, des globules rouges, beaucoup de globules isolés, beaucoup de microcytes, quelques poikilocytes et le nombre des globules blancs peu modifié.

A l'autopsie, on constatait, entre autres, des hémorrhagies des méninges, du cerveau, du pharynx, du péricarde, de l'intestin grêle et de la rétine de l'œil droit.

L'auteur a disséqué l'oreille droite. L'oreille moyenne était normale. Pour examiner le labyrinthe, il ouvrit la paroi antérieure du limaçon et des canaux semi-circulaires supérieur et postérieur, durcissant tout l'organe dans le liquide de Müller, le décalcifiant dans l'acide azotique à 5 p. 100 et l'enferma dans la celloïdine pour faire ensuite l'examen microscopique.

Le conduit auditif interne et le nerf acoustique étaient normaux. Le limaçon, à part quelques petites hémorrhagies, était aussi normal. Par contre, dans le vestibule et dans les canaux circulaires, il existait des hémorrhagies très étendues que l'auteur décrit en détail.

Les vaisseaux au niveau des hémorrhagies n'étaient pas ectasiés et l'extravasation du sang a dû se produire par diapédèse.

Comparant les symptômes observés chez la malade avec les résultats de l'autopsie de l'ouïe, l'auteur explique la surdité et les bourdonnements par les hémorrhagies labyrinthiques. Quant au vertige, étant donnée l'incertitude de nos notions sur la fonction des canaux circulaires, l'auteur n'ose se prononcer sur la question de savoir s'il était dû aux hémorrhagies des canaux ou plutôt aux lésions du cerveau qu'on avait également constatées. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 octobre 1891. — Présidence de M. Horteloup.

Sommaire : Hydrocèle congénitale. — Traitement des suppurations pelviennes par l'opération de Péan. — Traitement de la grenouillette.

M. Verneuil rappelle que la pathogénie de l'*hydrocèle congénitale* est discutée. Pour les uns, le liquide provient de la cavité péritonéale; pour les autres, il est sécrété par la vaginale. Tout le monde admet, du reste, qu'il y a communication entre la grande séreuse et celle qui enveloppe les bourses. MM. Faure et Phocas ont récemment publié des travaux dans lesquels ils soutiennent l'origine péritonéale du liquide; cette origine est aussi admise par M. Verneuil, qui rapporte une observation à l'appui.

Il s'agit d'un homme de 35 ans, vigoureux, robuste, mais atteint de monorchidie. Ce malade s'affaiblissait depuis quelque temps, lorsque, à la suite d'un effort considérable, ses bourses augmentèrent rapidement de volume. Lorsque le patient se présenta à l'hôpital, on constata facilement que la tumeur scrotale était liquide et réductible, et, en poussant l'examen plus loin, on trouva une ascite et une cirrhose du foie avec augmentation de volume de l'organe. Il est évident, dans ce cas, que le liquide venait du péritoine.

M. Bazy a observé un fait analogue. Son malade était aussi atteint d'ascite et l'épanchement dans le scrotum ne se développa que consécutivement.

M. Th. Anger a observé, chez un enfant de 8 à 10 ans, un petit kyste séreux siégeant

au-dessus du testicule ; ce kyste avait la grosseur d'une châtaigne et ne pouvait disparaître par la pression. Cependant, la tumeur se réduisait pendant la nuit.

M. Verneuil a vu souvent des hydrocèles congénitales résister au taxis et se réduire spontanément; il est probable qu'il y a une disposition anatomique spéciale pour expliquer cette anomalie..

Opération de Péan. — M. Terrillon, depuis la discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie au commencement de l'année, a eu occasion de faire plusieurs fois l'hystérectomie vaginale dans des suppurations pelviennes. Quatre de ses observations surtout présentent de l'intérêt au point de vue des indications de l'opération et de la comparaison avec la laparotomie.

La première malade est une femme de 27 ans qui était atteinte depuis deux ans d'une salpingite double; auparavant, elle avait fait une fausse couche suivie d'une péritonite pelvienne; enfin, un abcès s'était ouvert dans le rectum et la suppuration était continue. M. Terrillon trouva, dans le bassin, une tuméfaction considérable remontant jusqu'à l'ombilic; il y avait un double plastron et l'utérus était immobilisé. La fistule rectale suppurant beaucoup et la malade étant en proie à la fièvre hectique, elle demanda à être opérée.

On décida d'abord de faire la laparotomie. L'ouverture du ventre, faite sur la ligne médiane, conduisit sur un épiploon épaissi adhérent à la paroi et à l'intestin; en pénétrant au-dessous de lui, on trouva des anses adhérentes entre elles et impossibles à séparer. M. Terrillon ferma alors le ventre et tenta immédiatement l'ablation de l'utérus. L'opération fut laborieuse, mais, après avoir morcelé la matrice, on arriva à ouvrir des deux côtés des poches purulentes et des kystes séreux; l'abcès de droite communiquait avec le rectum. Deux pinces seulement furent laissées, placées sur les pédicules formés par les trompes. Tout alla bien pendant vingt-cinq jours, lorsque la température s'éleva de nouveau et monta jusqu'à 41°, malgré des lavage vaginaux. En examinant sa malade, M. Terrillon constata que le fond du vagin s'était cicatrisé avant les parties profondes et qu'il ne restait qu'un petit trajet insuffisant pour la sortie du pus; une sonde introduite dans ce trajet évacua, en effet, une cavité que l'on put laver. la guérison se fit alors rapidement, mais il persiste une fistulette insignifiante. Actuellement, l'état de santé de la malade est excellent.

La deuxième observation se rapporte à une jeune femme de 23 ans qui avait eu des accidents de péritonite trois ans avant d'être soignée par M. Terrillon. L'abdomen était rempli de masses volumineuses qui entouraient et immobilisaient l'utérus, et il y avait des fistules rectales et inguinale. La laparotomie montra les parties fixées par de telles adhérences que l'on ne put que refermer le ventre. Huit jours plus tard, M. Terrillon fit l'opération de Péan qui fut laborieuse, mais évacua les poches. La guérison survint en trois semaines. Il s'agissait d'une tuberculose des ovaires, des trompes et de l'utérus.

La deuxième malade, âgée de 42 ans, avait une fistule rectale depuis neuf ans et présentait divers accidents de septicémie chronique : albuminurie, vomissements incoercibles, lichen généralisé. M. Terrillon recourut d'emblée au morcellement de l'utérus; il fut très difficile de faire l'ablation d'un morceau de l'organe qui restait très élevé. Actuellement tous les accidents ont disparu et la guérison est parfaite.

(M. Terrillon, indisposé, achèvera sa communication dans la prochaine séance.)

Cure radicale de la grenouillette. — M. Félizet fait remarquer que, bien que de nombreux procédés de traitement aient été proposés pour la cure radicale de cette affection, les récidives sont assez fréquentes. C'est seulement par l'extirpation de la poche que l'on peut sûrement les éviter, ainsi que le prouvent deux opérations que M. Félizet a faites récemment. Il faut, tout d'abord, injecter une douzaine de gouttes d'une solution de cocaïne à 1/20e, puis ensuite faire pénétrer dans le tissu sous-muqueux quelques centimètres cubes d'eau boriquée, ce qui a pour effet de rendre la tumeur plus visible. Une incision superficielle met cette tumeur à nu; on la dégage alors en partie de ses adhérences, on la vide par la ponction et on y introduit une éponge qui transforme la poche en une masse solide, facile à disséquer. Le pédicule est tordu et le tout enlevé. La guérison survient sans accidents.

— M. Schmidt rapporte l'observation d'un soldat qui se tira un coup de revolver dans le côté gauche; il mourut presque aussitôt après avoir rendu du sang par la bouche. A l'autopsie, on trouva que le projectile avait traversé le quatrième espace intercostal, passé à travers le poumon, perforé l'artère pulmonaire et était sorti près de la colonne vertébrale; un gros épanchement sanguin coagulé occupait la plèvre.

FORMULAIRE

Potion contre l'hydropisie d'origine cardiaque. — Fürbringer.

Feuilles de digitale	2	grammes.
Eau bouillante	180	—
Infusez et ajoutez :		
Citrate de caféine	2	—
Teinture de strophantus	5	—
Acétate de potasse	20	—
Extrait de réglisse	5	—

F. s. a. une potion à faire prendre par cuillerées dans les quarante-huit heures, pour remédier à l'hydropisie occasionnée par les maladies du cœur. — N. G.

COURRIER

Le lundi 7 décembre 1891, à midi précis, il sera ouvert à la Préfecture de la Seine, rue Lobau, n° 2, un concours pour la nomination à cinq places d'internes titulaires en médecine, dans les établissements d'aliénés du département de la Seine.

On s'inscrit du jeudi 5 novembre au samedi 21 novembre au bureau des aliénés, rue Lobau, 2.

— Par arrêté ministériel, en date du 19 octobre 1891, une médaille d'honneur en argent a été décernée à M. Debay, officier de santé, à Robecq (Pas-de-Calais), pour son dévouement dans les épidémies qui ont sévi de 1890 à 1891, dans les communes de Busnes, Mont-Bernachon et Robecq.

L'hygiène urbaine. — *L'eau à Paris.* — La délégation du Conseil municipal de Paris, qui s'est rendue à Verneuil, pour examiner l'état des travaux de captation des sources de l'Avre, est allée à Dreux visiter le chantier du siphon de la vallée de l'Eure. Sur toute la longueur de la dérivation, les travaux sont activement poussés, et il résulte des déclarations de M. Humblot, inspecteur général des ponts et chaussées, que la ville de Paris pourra disposer, pour l'été de 1893, des 110,000 mètres cubes provenant des nouvelles sources. Encore deux ans à boire de l'eau de Seine. (*Progrès méd.*)

Faculté des sciences de Paris. — M. le professeur Bouty commencera le cours de physique le mardi 10 novembre, à une heure et demie, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. — Il traitera de l'optique.

— M. le professeur Troost commencera le cours de chimie le lundi 9 novembre, à une heure, 3, rue Michelet, et le continuera les jeudis et lundis suivants à la même heure. — Il exposera les lois générales de la chimie et les principes de la thermo-chimie; il fera l'histoire des métalloïdes et de leurs principales combinaisons.

— M. le professeur Ditte ouvrira le cours de chimie, 3, rue Michelet, le mercredi 11 novembre, à deux heures, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure. — Il traitera des métaux et de leurs combinaisons principales.

— M. le professeur adjoint J. Chatin étudiera, les lundis et mercredis, à dix heures, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle, les organes et fonctions de relation.

Société des anciens internes de Lyon; composition du bureau pour l'année 1891-1892. — Président d'honneur, M. Lavirotte; président, M. Bondet; secrétaire, M. Mouisset; trésorier, M. J. Audry; assesseurs, MM. L. Gangolphe et A. Rodet.

Le banquet de 1892 est fixé au deuxième lundi d'octobre 1892.

Adresser les renseignements pour l'Annuaire à M. Mouisset, 7, rue du Bât-d'Argent.

Un centenaire. — Un centenaire, M. Louis Routurier, vient de mourir à Matha (Charente-Inférieure). Né à Matha le 7 mars 1791, ce vieux était avec les armées impériales à Magdebourg, à Lutzen, à Dresde, à Leipzig, à Champaubert, à Montmirail, à Montereau, etc., etc. Fait prisonnier à Ligny avec une blessure, il s'échappait à la nage et se battait à Waterloo, où il recevait une nouvelle blessure sur l'épaule. (*Progrès méd.*)

Le médecin du roi de Siam. — Le roi de Siam vient de se choisir un médecin. C'est un jeune Américain de 28 ans. Il y a quatre ans encore, il était cocher de diligence.

(*Revue scientifique.*)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Pierre-Jules Colombe, décédé, à Lisieux, dans sa trente-septième année.

Hôpital Broussais (96, rue Didot). — Le docteur Barth commencera le mercredi 4 novembre, à dix heures, une série de conférences de séméotique élémentaire et de propédeutique médicale, à l'usage des élèves qui commencent à fréquenter les hôpitaux; il les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure. — Les autres jours, les élèves seront exercés à l'examen des malades.

Hôpital de la Pitié. — M. V. Audhoui reprendra, comme d'habitude, son enseignement clinique, dans la seconde quinzaine de novembre. Le mercredi sera plus spécialement consacré à l'étude de l'hydrologie médicale.

Cours de gynécologie. — M. le docteur Auvard commencera à sa clinique privée (15, rue Malebranche), le jeudi 12 novembre, à quatre heures, un cours gratuit de gynécologie.

Ce cours aura lieu les mardi, jeudi, samedi, à la même heure, et sera complet en un mois et demi. Se faire inscrire, 15, rue Malebranche.

Clinique française (76, rue de Vaugirard, et 30, rue d'Assas). — *Cours d'ophthalmologie.* — M. le docteur Jocqs commencera son cours le vendredi 6 novembre, à deux heures du soir, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Ce cours essentiellement pratique sera complet en deux mois. — S'inscrire au secrétariat de la Clinique française.

— Poste médical à céder dans la Sarthe, station sur la ligne de Paris à Brest. Rapportant 8,000 francs touchés. On est médecin cantonal, ce qui rapporte en moyenne 1,000 francs.

Conditions : 1,000 francs comptant et prendre la suite du bail, 625 francs. Le titulaire présenterait son successeur. — Urgent. — S'adresser à M. le docteur Codet, à Conlie (Sarthe).

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Symptômes fournis par l'appareil cardio-vasculaire dans les maladies du foie,

Par le docteur F. Labadie-Lagrave (1).

D'une manière générale, les relations pathologiques entre les maladies du foie et l'appareil cardio-pulmonaire ne sont pas très fréquentes. Cependant, elles ont fait, dans ces dernières années, l'objet d'une étude spéciale de la part de quelques auteurs, étude entourée de difficultés. En effet, si l'on a bien constaté les phénomènes pathologiques du côté du cœur et des poumons dans les affections hépatiques, l'interprétation de ces désordres est encore couverte d'une certaine obscurité. Ici, aussi, la même distinction que nous avons énoncée plus haut, à propos des troubles digestifs et des lésions de la rate, s'impose à l'esprit. L'appareil cardio-pulmonaire, conservant son intégrité dans un grand nombre de cas, peut être lésé par la même cause qui a produit l'affection hépatique. De ces cas, nous n'avons pas à nous occuper, et nous aurions seulement à étudier les lésions de l'appareil cardio-pulmonaire directement en rapport causal avec la maladie du foie, si la distinction à établir, facile en théorie, n'était pas d'une grande difficulté en pratique. Nous signalerons donc ici les troubles du côté de ces appareils, qui sont d'une fréquence relative dans les maladies du foie, et dont la relation pathogénique paraît être établie par l'observation.

Bien que Stokes et Murchison aient signalé quelques accidents cardiaques comme symptomatiques des maladies du foie, la question n'a été complètement étudiée qu'en France par Gangolphe, Fabre, Potain, Laurent, Franck, Barié, Rendu et Picot.

Les troubles cardiaques résultant de lésions hépatiques peuvent être très variables. En dehors des cas où une tumeur de l'organe déplace, repousse le cœur, il y a lieu de les diviser en deux grandes classes, selon qu'ils tiennent à des lésions passagères et curables ou que, au contraire, il s'agit de véritables affections du cœur.

1° Dans le premier cas, les phénomènes peuvent être très divers. Dans les cas les plus simples, il n'y a que des palpitations, de l'arythmie, des intermittences ; le pouls devient plus rapide. Si les phénomènes sont plus accusés, la dyspnée apparaît, habituellement paroxystique, et il peut y avoir des hémoptysies. Quelquefois, l'allure des accidents est bien plus

(1) Extrait d'un *Traité des maladies du foie*, sur le point de paraître.

pénible; il survient de la douleur présternale avec paroxysmes aigus et sentiment d'endolorissement dans leurs intervalles, une sensation de constriction du cou, une gêne respiratoire excessive, bien que l'auscultation permette d'entendre le murmure vésiculaire normal; enfin, parfois l'orthopnée est complète et accompagnée de cyanose; le malade étouffe et la douleur rétro-sternale remonte du côté gauche du cou et le long de la face interne du bras du même côté, simulant ainsi l'angine de poitrine (Picot).

Les signes que donne l'auscultation diffèrent selon les cas. Tantôt, il y a simplement accentuation du deuxième temps pulmonaire sans déplacement de la pointe; tantôt, en même temps que le deuxième bruit s'accentue, la pointe se dévie en dehors et la percussion montre qu'il y a dilatation du cœur droit; à ces signes peuvent se joindre un bruit de galop droit et, enfin, un bruit de souffle systolique siégeant vers la pointe, ne se propageant pas du côté de l'aisselle, mais vers l'appendice xyphoïde, tous caractères du souffle de l'insuffisance tricuspidienne. En même temps apparaît parfois le vrai pouls veineux.

Les symptômes fonctionnels ne sont pas toujours en rapport avec l'importance apparente des signes physiques, et le souffle tricuspidien peut, par exemple, exister sans crise de dyspnée bien accentuée.

Il est important de constater que ces accidents coïncident souvent avec des troubles du côté de l'estomac en même temps que du côté du foie.

2° Les symptômes que nous venons d'énumérer peuvent être transitoires, ainsi que la dilatation des cavités cardiaques; mais, dans d'autres cas, cette dilatation devient permanente et une véritable maladie du cœur est constituée. Le plus souvent, il s'agit d'une dilatation droite avec ou sans insuffisance tricuspidienne, œdèmes, congestions passives, etc. D'autres fois, on rencontre à la pointe un souffle d'insuffisance mitrale. La possibilité de production de cette insuffisance n'avait d'abord pas été admise par Potain. Cependant, Picot a réuni des observations démonstratives. Dans l'une d'elles, où il s'agissait d'un cancer de l'ampoule de Vater, du duodénum et du pancréas, le souffle systolique de la pointe était très nét, non rugueux, diminuait d'intensité quand on le suivait vers le bord gauche du sternum et se propageait vers l'aisselle dans une étendue de 4 à 5 centimètres. A l'autopsie, le cœur était mou, flasque, le ventricule gauche dilaté, sans épaississement des parois; la valvule mitrale était insuffisante, sans présenter la plus petite lésion, et la circonférence de l'orifice de 0m125 au lieu de 0m110.

Picot a encore observé les mêmes lésions dans un cas de cirrhose hypertrophique vraie, dans un cas de cirrhose atrophique. Enfin, dans un cas unique, il a vu se produire, dans le cours d'une cirrhose hypertrophique qui avait déjà retenti sur le cœur par la dilatation droite, une endocardite végétante de l'orifice aortique avec péricardite.

En somme, on peut ranger les accidents cardio-hépatiques dans l'ordre de fréquence suivant :

1° Palpitations et intermittences;

2° Accidents à la fois du côté du poumon et du cœur, oppressions avec ou sans crises, hémoptysies, dilatation des cavités droites, etc;

3° Crises à forme d'angine de poitrine.

Nous avons dit plus haut que les troubles dyspeptiques coïncidaient fréquemment avec l'altération hépatique. Il est, en effet, des cas où il est difficile de faire la part qui revient au foie dans les accidents et celle qui

revient à l'estomac. Mais il y a des observations où, malgré une altération hépatique notable, l'estomac paraissait souffrir et où cependant les troubles cardiaques se sont produits.

Arloing et Morel, Barié ont montré que l'excitation expérimentale du foie, celle de la vésicule, élevaient la tension dans l'artère pulmonaire.

Les altérations du foie qui donnent lieu aux accidents cardiaques sont très variables. Rendu avait d'abord cru qu'ils étaient plus fréquents lors des lésions bénignes : coliques hépatiques, congestion, ictère catarrhal, que lors de lésions graves : cancer et cirrhose. Mais les observations recueillies depuis son mémoire l'ont prouvé, la plupart des affections du foie peuvent être mises en cause, qu'il y ait ou non de l'ictère. Enfin la nature de la lésion hépatique n'a pas d'influence sur celle de la lésion cardiaque (Picot).

Quelle est maintenant la pathogénie de ces accidents?

Il est évident que l'ictère ne joue aucun rôle dans leur développement; on ne peut rattacher à la présence des sels biliaires dans le sang que le ralentissement du pouls dont nous parlerons en étudiant l'ictère. D'autre part, si certaines maladies du foie avec accidents cardio-pulmonaires sont très douloureuses, telles que les coliques hépatiques, d'autres, accompagnées de ces mêmes accidents, la cirrhose atrophique, par exemple, ne le sont pas. Enfin, comme le fait remarquer Picot, l'hépatite aiguë, parfois si douloureuse, n'a jamais amené de retentissement sur le cœur. Il faut donc conclure de tout cela que la douleur ne peut être regardée comme l'agent pathogénique des accidents dont nous nous occupons.

La théorie la plus généralement admise a été développée surtout par Potain et Barié, et leurs recherches, ainsi que celles d'Arloing et Morel, de Franck, les ont conduits à l'explication suivante : un réflexe part du foie ou des voies biliaires, suit les ramifications du grand sympathique abdominal, passe par la moelle cervicale, le ganglion thoracique supérieur et arrive au poumon aussi par des filets sympathiques; les vaso-constricteurs pulmonaires entrent en action et la tension s'élève dans l'artère pulmonaire, d'où la dyspnée par moindre quantité de sang passant dans le poumon, d'où la dilatation du cœur droit.

Picot fait remarquer que cette théorie n'explique pas la dilatation du cœur droit sans dyspnée, non plus que la dilatation du cœur gauche. S'appuyant sur des expériences de Heidenheim, de Gasthell, il regarde l'intervention du pneumogastrique comme très probable et se demande aussi si les extrémités nerveuses contenues dans les lésions hépatiques ne pourraient pas devenir le point de départ d'une névrite ascendante produisant à la longue des troubles trophiques de la fibre musculaire du cœur.

REVUE DES CLINIQUES

Traitement des abcès urineux, par M. le docteur Horteloup (1). — Les abcès urineux sont les abcès qui se développent entre l'aponévrose moyenne et l'origine des bourses, autour du canal de l'urèthre. Ces abcès ont pour origine le passage de l'urine dans le tissu cellulaire environnant. Depuis les reins jusqu'au méat urinaire, c'est-à-dire dans toute la longueur de l'arbre urinaire, il peut s'en produire ayant pour point de départ cette même cause; mais pour les désigner on leur donne le nom de l'organe ou de la

(1) Résumé d'après les *Annales des maladies des organes génito-urinaires.*

région auprès duquel ou dans laquelle ils ont pris naissance, et le nom d'abcès urineux ne s'applique dans le langage usuel qu'aux abcès développés autour du canal de l'urèthre, dans les limites que je viens de vous indiquer.

L'abcès urineux est presque toujours la conséquence d'un rétrécissement de l'urèthre, dont le siège d'élection est à la région bulbaire; quant aux abcès développés derrière un corps étranger ou auprès d'une sonde à demeure, ils rentrent dans l'histoire des traumatismes de l'urèthre.

Sous l'influence de la pression de l'urine et des efforts que nécessite la miction, il se produit, derrière le rétrécissement, dans l'urèthre toujours altéré, une déchirure, à travers laquelle pénètre l'urine. Cette pénétration, comme l'a bien indiqué Voillemier, se fait lentement et d'une façon intermittente; autrement il se produirait non plus un abcès, mais une infiltration d'urine dont la marche et les accidents sont bien différents de ceux des abcès urineux. On sait aujourd'hui que l'urine normale n'est nullement septique, mais qu'elle devient toxique par la présence de micro-organismes. Si nous nous en rapportions entièrement aux dernières recherches de Tuffier et Albarran, il faudrait rapporter la toxicité de l'urine à la présence de la bactérie pyogène de Clado.

Ces très curieuses recherches ont éclairé d'une façon toute spéciale la pathogénie de l'abcès urineux, mais je crois qu'il faut encore faire jouer un rôle d'une réelle importance aux conditions, soit comme quantité, soit comme rapidité, avec lesquelles l'urine pénètre, pour pouvoir expliquer les différentes formes sous lesquelles peuvent se présenter ces abcès.

Voillemier, à qui l'on doit certainement la première description des abcès urineux, en décrit deux variétés, l'abcès aigu et l'abcès chronique.

L'abcès aigu, dont l'évolution se fait en quelques jours, commence par une tumeur dure, arrondie, qui s'étend rapidement vers les bourses et l'anus : la fluctuation y est facile à percevoir et, lorsqu'on l'ouvre, on pénètre dans un vaste foyer phlegmoneux au fond duquel se trouve le canal de l'urèthre souvent complètement disséqué.

L'abcès chronique marche lentement, il donne la sensation d'une masse dure, fibreuse, entourant comme un anneau l'urèthre; ce véritable phlegmon chronique augmente progressivement, puis à un moment, sous l'influence d'une poussée inflammatoire, il se produit un point douloureux et l'ouverture se fait soit chirurgicalement, soit naturellement.

Je vous dirai de suite que, dans ces deux alternatives, le résultat est à peu près le même, c'est une fistule urinaire qui aura été créée. Le chirurgien, pour arriver au foyer purulent, aura été obligé de traverser une épaisseur souvent considérable de tissus indurés qui ne fondront pas ultérieurement; l'ouverture faite par le bistouri diminuera, mais les masses indurées persisteront, et il se formera une fistule urinaire, exactement comme si l'ouverture s'était faite naturellement.

Pour le traitement des abcès aigus, la méthode classique est de faire une large incision, de décoller avec soin les clapiers, de faire un bon drainage et de pratiquer des lavages antiseptiques.

Pour les abcès chroniques, la conduite à tenir est moins précise, on conseille bien de les inciser, mais le drainage est plus difficile à exécuter, on opère dans des tissus durs, presque fibreux, et, comme le dit Voillemier, on parvient bien rarement à obtenir la résolution.

Quant au rétrécissement, cause première de l'abcès, on est d'avis de ne pas intervenir dans la séance où l'on a incisé l'abcès et de ne s'en occuper que plus tard, lorsque la plaie est en plein bourgeonnement. Je considère ces préceptes comme excellents, car il n'y a que des dangers à courir en faisant une incision de l'urèthre en plein foyer septique; mais il n'en est plus de même lorsqu'on suit la méthode que je vais vous exposer. Souvent, des malades, atteints d'abcès urineux traités par la simple incision et dont les rétrécissements ont été guéris par la dilatation ou par l'uréthrotomie interne, viennent redemander des soins pour une récidive de leur rétrécissement, compliquée de masses fibreuses péri-uréthrales. Les lésions fibreuses ne peuvent disparaître par aucun traitement et les malades ont une cause perpétuelle de récidive.

Aussi je crois qu'il faut traiter les abcès urineux par une opération plus radicale : l'excision complète de la poche purulente.

Le malade étant placé dans la position de la taille, le périnée rasé, savonné avec le savon au naphtol, puis lavé à l'éther, je fais la double incision que j'ai conseillée pour l'uréthrotomie externe. Après avoir fait relever les bourses par un aide qui tient un cathéter droit introduit jusqu'au rétrécissement, je fais partir de la partie supérieure du foyer deux incisions convexes extérieurement, qui se réunissent à un centimètre de l'anus. Ces deux incisions sont dirigées vers les parties profondes de la région de dehors en dedans, elles viennent se réunir à la partie médiane presque au contact du canal de l'urèthre, et elles m'ont permis d'enlever un morceau semblable à un quartier d'orange. Introduisant l'index dans le foyer, je reconnais les points indurés que j'enlève, soit avec le bistouri, soit avec des ciseaux. Dans ce temps de l'opération on sépare entièrement le canal de l'urèthre de toutes les indurations périphériques et, lorsqu'on les a excisées, on aperçoit ce canal, au fond de la plaie, semblable à une grosse artère injectée.

Si l'on a affaire à un abcès aigu et phlegmoneux, la dissection est beaucoup plus simple; la poche molle et souple se laisse détacher avec le doigt, elle se déchire souvent et on ne l'enlève que par lambeaux, mais le résultat est le même.

Avant d'aller plus loin, il faut examiner le canal de l'urèthre, c'est-à-dire rechercher le siège exact et les dimensions du rétrécissement, l'état du canal au niveau de ce dernier, et décider, suivant ce que l'on aura constaté, quelle est l'opération que l'on devra opposer à la lésion. Suivant les lésions observées, on fait l'uréthrotomie interne au externe ou la résection totale ou partielle de l'urèthre.

Quelle que soit l'intervention mise à exécution, j'introduis dans le canal, jusqu'à la vessie, une sonde en caoutchouc rouge n° 18 ou 20. Pour placer la sonde, il faut l'introduire par le méat; parvenue dans le champ opératoire, je l'attire suffisamment pour pouvoir la courber en arrière, puis j'introduis par l'œil de la sonde un gros stylet qui me sert à pousser la sonde jusqu'à la vessie. Lorsque la sonde y a pénétré, je fais une traction sur son extrémité qui se trouve au méat, et la sonde, s'appliquant au fond de la plaie, vient prendre la place du canal de l'urèthre.

Pour agir facilement, il ne faut pas craindre de faire une large incision (8 centimètres), aussi en résulte-t-il une vaste plaie dont il est nécessaire de rapprocher les deux parois. Malgré la brèche souvent considérable que l'on a faite au périnée, ce rapprochement est facile, car les tissus environnants sont très souples et se laissent facilement amener au contact. Il faut faire une suture profonde au fil de soie et une suture superficielle au crin de Florence.

Pour la suture profonde, j'emploie les aiguilles courbes de la périnéorraphie; j'introduis l'aiguille à un centimètre et demi du bord de la plaie et je la fais sortir au fond, de telle façon qu'en venant traverser la partie opposée, elle passe à près d'un centimètre en avant de la sonde qui représente le canal de l'urèthre. En agissant ainsi, lorsque l'aiguille sera ressortie sur la lèvre opposée à la même distance que le point d'entrée et que l'on fera le point de suture, la sonde ne sera nullement comprimée, mais simplement recouverte.

Suivant la longueur de la plaie, je place, à un demi-centimètre les uns des autres, un nombre suffisant de points de suture pour en réunir les quatre cinquièmes supérieurs et laisse ainsi, à la partie inférieure, un canal qui permet l'écoulement de l'urine.

Après avoir rapproché les parois par les sutures profondes, je fais, avec des crins de Florence, l'affrontement des lèvres de la plaie.

J'introduis, par l'ouverture laissée à la partie inférieure, de la gaze iodoformée, et j'applique un pansement ouaté compressif de la façon suivante : après avoir placé sur la plaie une bonne épaisseur d'ouate, je recouvre avec des morceaux d'ouate rectangulaires ayant une ouverture pour laisser passer la verge, et une dimension suffisante pour recouvrir les bourses et le périnée jusqu'à l'anus exclusivement. La compression est faite avec des bandes de tarlatane mouillée avec lesquelles on fait un spica appuyant solidement sur le périnée. Cette compression a pour but de faciliter le rapprochement en

même temps que le dégorgement des tissus. Le malade est placé dans son lit avec un coussin sous les jambes et les jambes maintenues rapprochées par une serviette.

Toutes les deux heures on vide la vessie dans laquelle on fait un lavage à l'eau boriquée. Au bout de quarante-huit heures, je change le pansement. J'enlève la gaze introduite dans la plaie ainsi que les pinces à forci-pressure qu'on est souvent obligé de placer pendant le cours de l'opération; je fais alors un pansement superficiel compressif.

Le surlendemain, c'est-à-dire le quatrième jour au plus tard après l'opération, j'enlève la sonde à demeure et je fais un grand lavage à l'eau boriquée dans le canal de l'urèthre et dans la plaie, par le méat. Je ne saurais trop vous recommander ces lavages par le bout supérieur de l'urèthre qui nettoient complètement toute la plaie. Ces lavages seront faits régulièrement deux fois par jour jusqu'à guérison complète.

Après avoir retiré la sonde, le malade n'urine plus que par l'extrémité inférieure de la plaie, par un trajet que l'on peut comparer au canal de l'urèthre chez la femme. Le pansement consiste simplement alors en des carrés d'ouate maintenus par un bandage en T que l'on renouvelle dès qu'il est humide.

Le cinquième ou le sixième jour, je coupe les fils profonds et, dès le lendemain, je commence l'introduction des bougies Béniqué; je renouvelle cette introduction tous les jours. Le passage des bougies Béniqué est assez délicat, surtout lorsqu'on pratique la résection complète de l'urèthre; mais, avec un peu de soin, on y arrive facilement. Je commence par le 32 ou 34, et je monte graduellement pour arriver jusqu'au 46 ou 50. Quant aux crins de Florence, on les coupe du dixième au douzième jour.

REVUE DES JOURNAUX

De la paralysie fonctionnelle de la phonation articulée, par O. Rosenbach (*Annales des maladies de l'oreille*). — L'auteur distingue deux catégories de paralysie fonctionnelle de la voix articulée. Dans la première, il s'agit d'un manque absolu ou partiel de l'innervation; dans la seconde catégorie, l'émission de la parole est empêchée par une action défectueuse des muscles qui président à la phonation.

A la première catégorie, appartiennent trois formes distinctss :

1° Tous les muscles qui participent à l'émission et à l'articulation de la voix restent inertes. Le malade ne met en jeu ni les muscles de la face ni ceux de la langue, du larynx et de l'appareil respiratoire. C'est une vraie aboulie qui survient habituellement après une frayeur;

2° Dans cette forme, le malade fait des mouvements avec les lèvres et la langue comme s'il voulait parler, mais l'innervation des cordes vocales et celle des muscles inspirateurs et expirateurs, nécessaires au mécanisme de la voix articulée, font complètement défaut;

3° Le malade fait bien quelques mouvements saccadés des muscles expirateurs, mais les cordes vocales ne sont pas maintenues dans une adduction suffisante pour émettre un son.

Quelques groupes de muscles sont trop innervés, la plupart pas assez; et le résultat de cette innervation défectueuse est que même la voix chuchotée ne peut être proférée.

Il existe des types de transition entre la deuxième et la troisième forme que nous venons d'esquisser.

A la deuxième catégorie appartiennent les cas dans lesquels la paralysie fonctionnelle est due à une action perverse des muscles. Malgré la forte innervation de certains groupes musculaires, la phonation n'est pas possible à cause d'une coordination défectueuse. Dans cette catégorie, ce sont surtout les muscles du thorax et du ventre qui jouent un rôle important. Il peut se faire que les muscles de l'expiration soient seuls innervés, de sorte que les cordes vocales ne soient pas mises en vibration par l'air expiré. Dans d'autres cas, il s'agit d'une action perverse des muscles du larynx et du ventre à la fois.

L'auteur compare cette catégorie de paralysie fonctionnelle avec certaines formes de névroses professionnelles, telle que la crampe des écrivains, qui ne sont pas autre chose que des états d'innervation perverse.

Dans les cas de la première et de la deuxième catégorie, la parole ne peut être émise ni à voix haute ni à voix chuchotée, malgré l'intégrité des appareils fonctionnels ainsi que celle des trajets nerveux qui président à la phonation.

Il ne peut s'agir, dans ces cas, que de troubles fonctionnels parce que les malades recouvrent souvent subitement la voix. Du reste, la phonation ne fait défaut que pour la voix articulée, mais elle existe quand le malade tousse, rit, ou quand il soupire.

Quant à l'étiologie de cette affection, les cas de la première catégorie sont d'origine émotive. Il s'agit donc là d'une affection purement psychique, et, par conséquent, curable par un traitement psychique quelconque.

Dans les cas de la deuxième catégorie, la paralysie peut aussi être causée par une émotion psychique; mais, la plupart du temps, ce sont des affections périphériques le plus souvent en voie de guérison qui engendrent l'aphonie par perversion de l'innervation.

Les malades atteints d'une affection laryngée, pharyngée ou nasale forcent leur voix et créent ainsi, par l'habitude, une innervation perverse.

L'auteur propose de réunir toutes ces formes sous la dénomination de « paralysie fonctionnelle de la phonation articulée ».

Les détails de cette intéressante étude doivent être lus dans l'article original. — P. N.

SOCIÉTÉS SAVANTES DES DÉPARTEMENTS

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE (Année 1890).

Différentes variétés de kystes pré-herniaires. — M. THIBAUDET : Il y a des kystes par frottement, véritables hygromas pré-herniaires et des kystes sacculaires. Pour ces derniers on admet la pathogénie suivante : l'intestin ayant abandonné un premier sac pour un autre ultérieurement formé, le sac déshabité subit purement et simplement la transformation kystique. La malade qui fait le sujet de la communication avait les deux variétés de kystes. Mais, dans ce cas, le kyste sacculaire était la conséquence d'une adhérence incomplète, quoique très étendue, de l'épiploon au sac herniaire. Une fusion intime s'était établie entre le contenant et le contenu, mais cette sorte de symphyse avait manqué en un point limité, à la partie inférieure, et c'est en ce point que s'était amassée une certaine quantité de sérosité. Il y a donc des kystes sacculaires par transformation partielle du sac herniaire.

Parotidite suppurée chez un nouveau né. — M. BRIQUET a observé un cas très rare de cette affection. Une tuméfaction de la région parotidienne droite appparut, sans cause connue, chez un enfant de 8 jours; la peau était rouge et il y avait de la fluctuation à la partie supérieure. Bientôt on s'aperçut que le nouveau-né rendait du pus par la bouche et on fit une incision à l'angle de la mâchoire. L'enfant finit par mourir.

Le pus renfermait des staphylococcus pyogenes aureus et albus.

Déviations de la cloison du nez. — M. BRIQUET : Quand ces déviations sont très prononcées, elles nécessitent l'intervention chirurgicale. Alors même qu'une seule narine est obstruée, la respiration par le nez est rendue impossible parce qu'il n'y passe plus une quantité suffisante d'air pour la pression respiratoire. De plus, il y a de la gêne pour le développement du thorax, des os de la face, des dents et de la voûte cranienne et quelquefois des accidents réflexes voisins de l'asthme. L'étiologie est très discutée.

Pour beaucoup de cas, l'origine traumatique est admise, mais pour ceux-ci, elle ne peut être marquée, les hypothèses sont nombreuses. Dans certains faits, il faut incriminer l'exagération de la voussure palatine. Wagner, Michel, Chatelier, donnent comme étiologie fréquente, la présence de végétations adénoïdes dans le pharynx; on a aussi

accusé le rachitisme, la poussée exercée par les corps caverneux et les cornets surtout inférieurs contre la cloison, des anomalies de développement.

Pour le traitement, tous les traitements orthopédiques sont longs et douloureux et doivent céder le pas à l'intervention chirurgicale. Au milieu des nombreuses méthodes employées, il en est une qui a donné de réels succès; elle consiste à faire la résection de la partie durcie du cartilage de la cloison en conservant la muqueuse du côté opposé intacte. C'est là une méthode qu'ont employé plusieurs fois Péan, Walsham, Heymau, Péan se donne du jour en incisant la sous-cloison à son niveau avec la lèvre. M. Duret a eu l'occasion d'opérer deux déviations de la cloison. Chaque fois, dans un premier temps, il relève l'aile du nez du côté de la convexité en incisant le sillon naso-génien, ce qui lui permet d'agir à ciel ouvert sur la portion déviée. Dans un des cas, M. Duret a réséqué la saillie de la cloison, par deux incisions courbes, de manière à déterminer un orifice elliptique à grand diamètre antéro-postérieur; il a ensuite fermé la perforation par quatre points de suture qui réunissent la lèvre supérieure de l'ellipse à la lèvre inférieure. Dans l'autre fait, le chirurgien, circonscrivant la partie saillante par des incisions courbes, a réséqué la muqueuse qui la recouvre et enlevé, couche par couche. le tissu cartilagineux de la cloison, en laissant intacte la muqueuse du côté opposé. Il persisté une légère déviation, qui se corrigera par l'introduction de petits tampons d'ouate dans chaque narine.

Sarcome préventif de la glande sous-maxillaire. — M. Briquet : Les tumeurs primitives de la glande sous-maxillaire sont excessivement rares. Les observations connues sont au nombre de 14 et ont été résumées par Jouliard. Il n'y a pas de signes qui appartiennent en propre à la glande sous-maxillaire; dans certains cas, ces symptômes et sa marche sont ceux d'une tumeur bénigne ; dans d'autres, l'allure est celle des tumeurs malignes et Woifler cite un cas de Billroth où il y eut, après ablation, récidive sur place et mort du sujet. La généralisation est exceptionnelle; le diagnostic est des plus délicats : il est ordinairement impossible de reconnaître le siège glandulaire de la tumeur non plus que sa nature. Cependant Talazac a montré que, si l'on introduisait un stylet dans le canal de Wharton, les mouvements imprimés à la tumeur lui sont communiqués; ce signe est le seul caractéristique dans les cas où la tumenr ne fait pas saillie du côté du plancher buccal. Dans le cas de M. Briquet, il s'agissait d'un sarcome en voie d'évolution.

Contribution à l'étude anatomo-pathologique du cancer dans la phthisie chronique. — Le sujet a fait l'objet d'un mémoire de M. Briquet : Jaccoud, en 1873, admet que « toutes les fois qu'un phthisique aux cavernes multiples échappe aux hémoptysies tardives, il y a chez lui dilatation et insuffisance de l'orifice tricuspide ». Le Chapelain soutient l'opinion de Jaccoud; Brun Bourdaux admet que la dilatation du cœur droit est rare dans les formes lentes; Barrabé conclut à l'existence de la dilatation du cœur droit en spécifiant que cette dilatation entraîne rarement l'œdème des jambes, le pouls veineux, le souffle xyphoïdien, etc. Pour Decroix, la dilatation se montre surtout dans la phthisie fibreuse; pour Ducastel, chez les phthisiques la capacité ventriculaire ne subit pas de modification apréciable constante, pas de distension ou de petitesse notable des cavités; pas de dilatation ou d'hypertrophie du cœur droit, sauf en cas d'adhérences pleurales généralisées, de sclérose pulmonaire, d'emphysème. Marucheau exprime la même opinion que Decroix et Bard pour ce qui est de la phthisie fibreuse, mais il nie l'existence de la dilatation du cœur droit dans la phthisie chronique qui tend à la cachexie. Les recherches de Spatz ont donné comme résultats moyens : diminution très légère de la hauteur du ventricule droit; calibre de l'artère pulmonaire plutôt diminué qu'augmenté; pas de modification de l'épaisseur du ventricule droit ; pas de modificatiou du calibre de l'aorte; diminution notable de la hauteur du ventricule gauche. Enfin Liénart, dans 15 cas, a trouvé 5 fois le cœur atrophié et sa capacité diminuée; dans les deux tiers des cas, il conclut à la dilatation avec insuffisance tricuspidienne, mais il faut remarquer qu'il considère le ventricule comme dilaté quand il a plus de 195 millimètres, ce qui ne concorde pas du tout avec les recherches de Du Castel. M. Briquet n'a trouvé qu'une fois la dilata-

tion nette du ventricule droit; pour lui donc cette dilatation est loin d'être aussi commune qu'on l'a dit.

Louis, Peacock, Barrabé ont regardé l'atrophie du cœur comme très fréquente dans la phthisie chronique. En réalité, cette atrophie est loin d'être la règle. On la rencontre souvent chez les phthisiques morts dans le marasme et la cachexie, mais ces faits d'atrophie ne diffèrent pas de ceux que l'on rencontre dans les autres espèces de cachexie. Il y a assez souvent des cœurs hypertrophiés, mais ils correspondent à des morts rapides. En fait, de très nombreuses influences modifient l'état du cœur et il semble impossible d'arriver jamais à établir des données précises applicables dans tous les cas.

Tantôt M. Briquet a rencontré la surcharge graisseuse, tantôt elle manquait, sans qu'il ait pu démêler les causes qui influaient sur sa présence ou sur son absence. Il n'a jamais rencontré la stéatose dans les cas qu'il a soumis à l'examen microscopique; l'atrophie des fibres est rare; la striation a été trouvée diminuée dans un tiers des cas, l'infiltration de granulations pigmentaires, soit diffuses, soit plutôt localisées autour des noyaux, se rencontre fréquemment.

De la suppuration aseptique chez le lapin, par M. le docteur G. Lemière. — Le mercure possède des propriétés pyogènes et produit, quand il est introduit dans le tissu cellulaire sous-cutané normal, des suppurations aseptiques qui paraissent dues à une action chimique provoquée par un composé mercuriel provenant de la réaction des liquides organiques sur le mercure.

Note sur les aponévroses du périnée et du bassin, par M. Rogie. — Les parties intra-pelviennes des muscles obturateurs internes et pyramidaux considérées dans leur ensemble forment une sorte de cylindre (interrompu en avant et en arrière) dont le bord supérieur répond à peu près au détroit supérieur du bassin et l'inférieur à l'arcus tendineus et à la bandelette spinoso-sacrée. C'est là que vient s'appuyer l'ouverture musculaire formée par les releveurs et les ischio-coccygiens. On a donc ainsi une vaste paroi cylindro-conique présentant une échancrure antérieure au niveau du pubis et une échancrure postérieure au niveau de la région sacro-coccygienne. Cette paroi est revêtue sur toute l'étendue de sa face interne par une aponévrose annexe musculaire, à laquelle selon la doctrine de Denonvilliers, on peut donner le nom d'aponévrose pelvienne anatomique, Par analogie, la cavité limitée par cette aponévrose sera désignée sous le nom de cavité pelvienne anatomique.

Une expansion fibreuse se détachant de l'aponévrose pelvienne anatomique pour aller se perdre sur les faces latérales de la vessie et du rectum, divise la cavité correspondante en deux étages : 1° A l'inférieur on pourra donner le nom de prostato-ampullaire parce qu'il comprend la loge prostatique en avant et l'ampoule rectale en arrière, séparées l'une de l'autre par une cloison dite aponévrose prostato-péritonéale de Denonvilliers; 2° le supérieur n'est autre que la cavité pelvienne chirurgicale limitée par la lame fibreuse que l'on met à nu en enlevant le péritoine et que l'on peut appeler aponévrose pelvienne chirurgicale.

La cavité pelvienne chirurgicale comprend elle-même l'espace pelvi-rectal supérieur de Richet avec son tissu cellulaire et les parties les plus inférieures de la séreuse péritonéale.

Chez la femme, les aponévroses du périnée et du bassin présentent la plus grande analogie avec les formations correspondantes chez l'homme.

Tuberculose linguale par inoculation secondaire, par M. J. Toison. — Il existe une forme de tuberculose linguale produite par inoculation secondaire, au niveau d'une discontinuité accidentelle, du bacille de la tuberculose contenu dans les crachats du malade. Cette tuberculose linguale peut ne contenir qu'un nombre extrêmement restreint de bacilles et il peut n'exister aucun bacille au niveau de la surface de la caverne linguale. La recherche diagnostique de bacilles à la surface de l'ulcération peut donc donner des résultats négatifs, même dans les cas de lésions tuberculeuses avérées. Au point de vue opératoire, si la situation de l'ulcère le permet, le chirurgien peut, avec avantage, après avoir fait l'hémostase préliminaire au moyen de pinces appropriées, enlever au bistouri

les parties tuberculeuses, après adossement et suture hémostatique soignée des surfaces de section enlever les pinces et obtenir, sans hémorrhagie ni complication, la réunion par première intention et la guérison locale rapide.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 octobre 1891. — Présidence de M. Regnauld.

La transformation des virus. — M. Chauveau : « L'idée que la vaccine n'est qu'une transformation de la variole continue à compter beaucoup de partisans. Je persiste, pour mon compte, à être du nombre de ceux qui pensent qu'en raison de leurs affinités ces deux maladies dérivent probablement l'une de l'autre ou d'une souche commune. La preuve n'en est pas faite, comme je vais l'établir de nouveau. Mais la preuve contraire n'a pas été non plus donnée. On n'est donc pas encore autorisé à affirmer que les deux maladies ont toujours coexisté en état d'indépendance réciproque.

A côté de cette idée, il s'en est développé une autre, à savoir qu'il doit suffire, pour transformer en vaccine la variole humaine, de faire passer celle-ci dans l'organisme des animaux de l'espèce bovine. L'opération jugée capable de produire ce résultat était tellement facile, qu'il n'a pas manqué d'expérimentateurs pour l'exécuter. L'aptitude de l'organisme du bœuf à transformer en virus vaccinal le virus variolique, qu'on y implante artificiellement, garda un grand crédit, jusqu'aux expériences de vérification de la commission lyonnaise.

Voici ce qu'a obtenu cette commission :

Les animaux des espèces bovine et chevaline prennent parfaitement la variole humaine, quand on la leur inocule. Mais le virus variolique, ainsi transporté avec succès sur l'animal, ne s'y transforme pas en virus vaccinal. Il reste virus variolique, même après plusieurs cultures successives dans son nouveau terrain, où il paraît épuiser assez vite sa propriété prolifique. Rapporté sur l'espèce humaine, il se comporte exactement comme le virus variolique primitif.

Sur les animaux, principalement ceux de l'espèce bovine, l'éruption primitive, suite immédiate de l'inoculation, garde constamment des caractères spéciaux qui ne permettent pas de la confondre avec une éruption vaccinale. Et pourtant cette éruption spéciale est bien le témoignage d'une infection qui a des relations étroites avec la vaccine, car on ne peut plus *vacciner* les animaux primitivement *variolés :* la variole humaine préserve le bœuf et le cheval de la vaccine, comme la vaccine bovine ou équine préserve l'homme de la variole.

Depuis ce temps, il s'est trouvé des expérimentateurs qui ont encore cherché à opérer a transformation de la variole en vaccine, en répétant purement et simplement le transfert et la culture du virus variolique dans l'organisme du bœuf. Ces tentatives ont été faites à Hambourg, Carlsruhe, Genève. Elles n'ont été qu'une répétition de ce qui avait été déjà fait. Il est un point pourtant par lequel elles ont différé de celles qui ont précédé. Ceely recommandait de prendre, pour sujets d'expériences, des animaux présentant les conditions de ceux sur lesquels on observe les éruptions spontanées de cowpox, c'est-à-dire de jeunes vaches laitières. Les expériences nouvelles, faites toutes dans les Instituts de vaccin animal, où l'on utilise, pour la propagation du virus, des veaux plus ou moins jeunes, ont porté sur des sujets de première jeunesse. Cette particularité introduisait, dans le terrain de culture, une condition nouvelle.

MM. Haccius et Eternod m'envoyèrent le récit complet de leurs expériences, accompagné d'un échantillon de leur lymphe recueillie sur le veau, au septième passage. C'est avec cet échantillon que j'ai fait les nouvelles expériences.

Mes essais de la lymphe genevoise ont été faits exclusivement sur des sujets de l'espèce bovine. Systématiquement, j'ai écarté l'espèce humaine : 1° parce qu'il y a impossibilité de distinguer l'éruption primitive de la variole d'avec celle de la vaccine; 2° par

la crainte de ces varioles graves survenant après l'inoculation de la lymphe variolique ayant passé par l'organisme du bœuf ou du cheval.

Les expériences ont été faites à l'Ecole d'Alfort. Deux des vaches laitières furent consacrées à l'étude des propriétés de la lymphe, et une troisième à l'inoculation de la lymphe vaccinale vraie fournie par un cheval atteint de horse-pox.

M. Chauveau donne le détail de ses expériences.

L'ensemble des recherches expérimentales, que je viens de rapporter, démontre, avec la dernière évidence, que la lymphe recueillie sur les veaux, ayant servi aux expériences de MM. Eternod et Haccius, est simplement de la lymphe variolique. Ces expérimentateurs n'ont donc pas réussi plus que moi à transformer la variole en vaccine.

Leurs tentatives n'ont pourtant pas été sans donner un résultat. Il en découle que l'organisme des jeunes, dans l'espèce bovine, se prête probablement mieux que celui des adultes à la culture du virus variolique, tout au moins quand on sème ce virus sur de longues scarifications. Mais le virus variolique se *transforme* si peu dans son nouveau terrain de culture, que le transport de ce virus, sur les bovidés adultes, lui communique rapidement l'activité de plus en plus amoindrie qui a été signalée dans les expériences de la Commission lyonnaise.

Le virus variolique, dans l'organisme des animaux de l'espèce bovine, reste virus variolique. Il ne se transforme point en virus vaccinal et ne manifeste même aucune tendance à subir cette transformation : telle est la conclusion à laquelle il faut se tenir, pour le moment, au sujet de l'influence que l'organisme du bœuf exerce sur le virus variolique.

S'ensuit-il que cette influence soit absolument nulle? Oui, sans doute, en ce qui concerne la *transformation* du virus. Non, peut-être, relativement à son *atténuation.*

On a toujours considéré la vaccine comme un produit de la transformation de la variole par son passage à travers l'organisme des animaux des espèces bovine et chevaline, et cette opinion a repris un nouvel élan sous l'impulsion des découvertes relatives à l'atténuation des virus. On appelle maintenant « vaccination » l'immunité qu'un virus atténué crée contre les attaques de l'agent infectant naturel, c'est-à-dire du virus fort.

Un tel rapprochement impliquait nécessairement cette conséquence que la vaccine n'est pas autre chose que la variole atténuée, ce qui est une erreur. Le virus variolique naturel est un virus fort et le virus vaccinal naturel en est un autre. Ces deux agents infectieux sont *également forts*, dans leur activité spécifique respective, également aptes à *s'atténuer*, chacun suivant son impressionnabilité particulière aux influences atténuantes. Oui, il existe des *varioles fortes* et des *varioles faibles*, des *vaccines fortes* et des *vaccines faibles.* Mais on n'a jamais rencontré une variole faible qui soit devenue de la vaccine. En un mot, le virus vaccinal n'est pas du virus variolique atténué.

En résumé, on peut dire que :

1° Le virus vaccinal ne donne jamais la variole à l'homme;

2° Le virus variolique ne donne jamais la vaccine au bœuf ou cheval;

3° La vaccine n'est donc pas la *variole atténuée* et ne peut être comparée à l'infection charbonneuse bénigne communiquée aux animaux par l'inoculation du *virus charbonneux atténué;*

4° Si la vaccine dérive de la variole, c'est par suite d'une *transformation radicale*, jusqu'à présent hors de la portée des expérimentateurs, du virus variolique;

5° Enfin, ces dernières propositions en entraînent une dernière plus générale, qui est celle-ci : l'*atténuation* des virus n'est pas une opération qu'on puisse identifier avec leur *transformation.*

Le virus, employé comme préservatif de la variole, communique l'immunité envers cette maladie, en fabriquant une substance vaccinante spéciale. »

M. Hervieux fait remarquer que la clinique démontre aussi la non-identité de la variole et de la vaccine.

Le bromure de strontium dans les maladies de l'estomac. — M. G. Sée a obtenu de bons effets du bromure de strontium dans les maladies de l'estomac; il a donné de 2 à 4 grammes par jour. Trente-deux dyspeptiques, la plupart hyperchlorhydriques, ont été

très améliorés et quelques-uns ont guéri; dans l'hypochlorhydrie, la strontiane semble agir contre la formation d'acides gras. Le médicament est très utile contre l'épilepsie.

M. Laborde est heureux de voir les résultats obtenus par M. G. Sée confirmer ses propres recherches.

Une épidémie de tuberculose. — M. G. Arthaud a vu une épidémie de tuberculose se produire à l'usine municipale d'électricité de Paris. Sur 35 ouvriers, 32 sont tuberculeux, sur lesquels 23 sont tombés malades depuis leur entrée à l'usine.

FORMULAIRE

Poudre absorbante.

Acide salicylique pulv.	10	grammes.
Amidon pulv.	20	—
Talc pulv.	70	—

Mêlez. — Pour soupoudrer chez les tuberculeux les parties du corps qui se couvrent de sueur pendant la nuit. — N. G.

COURRIER

Concours de l'internat des hôpitaux civils de Lyon. — Ce concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — MM. Collet, Martel, Barjon, Pauly, Tuja, Roux (Jean), Paviot, Dumarest, Deydier, Durbesson, Pétouraud, Garcin, Regaud, Cotsos.

Internes provisoires. — MM. Aurand, Gayet, Coche, Alex, Allemand, Thévenon, Choupin, Mathian, Lépine, Philippon, Perdu, Chapuis, La Bonnardière, Bourdin, Bonne, Lestra, Molle, Brunon, Gillet.

M. Collet, nommé premier, a été proclamé lauréat du prix Bonnet.

Le jury était composé de MM. Chappet, Drivon, Garel, Vinay, médecins des hôpitaux; MM. M. Pollosson, Rochet, Vincent, chirurgiens des hôpitaux.

— Le docteur Chéron, médecin de Saint-Lazare, reprendra ses leçons cliniques de gynécologie le lundi 16 novembre, à sa clinique, 9, rue de Savoie, près du Pont-Neuf, à deux heures, et les continuera les lundis suivants, à la même heure. Les élèves sont admis à l'examen des malades.

Clinique française (76, rue de Vaugirard, et 30, rue d'Assas). — *Cours de chirurgie des enfants et orthopédie.* — M. le docteur Bilhaut commencera son cours le vendredi 6 novembre, à cinq heures du soir, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Ce cours, essentiellement pratique, sera complet en deux mois. — S'inscrire au secrétariat de la Clinique française.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

De l'hystérectomie vaginale

Par L.-G. Richelot.

L'hystérectomie vaginale contre le cancer. — Discussion à la Société de chirurgie, octobre 1888. — Causes d'insuccès, valeur thérapeutique de l'opération jusqu'à cette époque. — Résultats éloignés.

Nouvelles études. — L'amputation partielle et l'hystérectomie. — Analyse de 22 cas d'hystérectomie vaginale, avec une mort et 4 récidives. — Les fistules vésicales, leur réparation. — Examen des cas heureux. — Conclusion.

L'hystérectomie vaginale, depuis trois ans, ne faisait plus parler d'elle. Le 17 octobre 1888, mon maître Verneuil lui avait asséné un coup formidable, dont elle fut longue à se relever (1).

Nous avons tous gardé le souvenir de cette discussion, qui fut menée vigoureusement par l'éminent professeur, et qui nous montra une fois de plus comment il sait réduire ses adversaires, avec quel talent d'exposition et quelle rigueur dans l'analyse des faits.

Le mémoire de M. Verneuil, suite naturelle d'un travail plus ancien (2), avait pour but de préconiser l'amputation sous-vaginale du col utérin avec la chaîne d'écraseur, et de l'opposer à l'hystérectomie vaginale, comme étant plus facile, plus efficace et moins dangereuse. Il mentionnait 26 amputations du col, dont 22 contre le cancer, pratiquées depuis une trentaine d'années.

M. Verneuil avait obtenu de bons résultats, et, en additionnant le nombre de mois qu'avait duré la vie de ses opérées, il arrivait à une moyenne respectable. Plusieurs cas étaient remarquables : une malade n'avait récidivé qu'au bout de six ans, deux après trois ans, une après quinze mois. Une série de faits, au nombre de douze, plaidaient en faveur de l'amputation partielle : c'étaient des reproductions du cancer à distance, la plaie vaginale restant guérie. L'auteur pouvait dire à bon droit qu'une ablation totale n'aurait pas mieux réussi, puisque le moignon de l'utérus n'avait pas été le siège de la récidive.

Il y aurait bien quelque chose à dire sur l'époque vraie où la récidive commence, et qui n'est pas toujours le moment où on la constate. On pourrait demander encore si l'utérus laissé dans la cavité pelvienne, sa muqueuse, ses réseaux lymphatiques, ne jouent pas un rôle inaperçu dans la

(1) Verneuil : *De l'amputation partielle du col dans le traitement du cancer de l'utérus*, Bull. de la Soc. de chir., 1888, p. 717.

(2) Verneuil : *Amputation du col de l'utérus avec l'écraseur linéaire*, Arch. gén. de méd., janv. 1884, p. 5.

repullulation du cancer, derrière une plaie vaginale cicatrisée. Je laisse de côté ces détails, ne voulant pas faire du mémoire de M. Verneuil une analyse rétrospective, et je me borne à reconnaître que les résultats obtenus, loin d'être décourageants, étaient certainement les meilleurs que puisse donner l'hystérotomie partielle, les meilleurs que nous ayons jamais vus après l'amputation sous-vaginale du col.

Mais, à côté des faits relativement heureux, il y en avait d'autres : c'étaient huit cas d'ablations incomplètes par la chaîne d'écraseur. L'opérateur avait coupé, en plein tissu morbide, des cancers limités à l'utérus, des cancers que l'hystérectomie eût enlevés totalement. M. Verneuil, à la vérité, recommandait une modification du manuel opératoire qui permet de mieux placer la section; mais aucun moyen ne peut faire que la chaîne dépasse les cancers affleurant la partie supérieure de l'isthme, et M. Verneuil se résignait, en somme, à laisser quelquefois du cancer dans la plaie.

Au fond, l'argument qui dominait dans ce remarquable travail et qui l'avait inspiré, c'était la gravité excessive que paraissait avoir l'extirpation totale. M. Verneuil, après avoir vu faire dans son service trois hystérectomies qui n'étaient pas de nature à l'encourager, avait clos bien vite la série de ses expériences, et en était revenu pour toujours à « l'actum minoris periculi ».

L'attaque de M. Verneuil nous prit à l'improviste. Elle venait trop tôt, à notre guise, alors que nos idées sur le manuel opératoire étaient à peine fixées, nos mains à peine aguerries, nos opérations les plus anciennes trop récentes pour qu'on pût juger leur valeur. Bouilly, dans sa réponse, défendit cette idée que l'opération la plus large et dépassant le mieux les limites du mal convenait ici comme pour tous les cancers, et donna un relevé qui montrait les résultats s'améliorant à mesure que se formait l'expérience de l'opérateur.

Il faut bien avouer que l'argument tiré de l'amputation large n'a pas ici, comme je le reconnus dans la discussion, une valeur absolue. Dans les cancers du sein, on peut enlever non seulement la glande entière, mais les vaisseaux lymphatiques et les ganglions axillaires; dans les cancers de l'utérus, on peut enlever tout l'organe, mais la zone d'envahissement et les ganglions pelviens nous échappent.

Pour ma part, comprenant bien que l'hystérectomie allait être pour un temps discréditée en France, je ne pris qu'une part très restreinte à un débat qui me paraissait prématuré, et je lus deux courtes notes en faveur de l'extirpation totale, disant qu'elle nous faisait espérer un plus grand nombre de guérisons définitives. Ce mot souleva de vives protestations. Et cependant, disais-je, depuis qu'il y a des cancers, tous les chirurgiens me paraissent agir comme s'ils croyaient à la guérison; tous, au moins, font des efforts pour l'atteindre. Ce qui est possible, et ce que nous espérons, c'est que, dans un cas donné, l'ablation totale enlève tous les germes de récidive non encore propagés aux annexes, tandis qu'une amputation partielle en aurait laissé quelques-uns; et voilà comment la raison d'être de l'hystérectomie est la recherche d'une guérison complète.

J'ajoutais qu'à défaut de l'opération radicale, si l'avenir la condamnait, il faudrait au moins faire des amputations sus-vaginales très élevées et renoncer aux résections timides qui risquent toujours de laisser dans la plaie des bourgeons épithéliaux en pleine activité.

Mon plaidoyer fut submergé sous le flot des faits désastreux apportés à la tribune par la majorité des orateurs. J'en cite quelques-uns : Kirmisson annonça trois opérations, avec deux morts et une récidive rapide ; Polaillon, six opérations, deux morts et quatre récidives rapides ; Marchand, sept opérations, quatre morts ; Monod, deux opérations, deux récidives rapides ; Berger, deux opérations, deux morts. C'est ainsi que nos collègues frappaient à coups redoublés ; et M. Verneuil termina la discussion par un discours magistral, auquel on ne pouvait reprocher que d'avoir la partie trop belle. Il réunit, sous forme de tableau, les résultats peu flatteurs de l'hystérectomie vaginale, montra « le pronostic si sombre de la grande opération », les désillusions qu'elle avait engendrées, lui attribua une « gravité que bien peu d'opérations dépassent de nos jours », et alla même jusqu'à dire « qu'elle abrège considérablement la vie par la rapidité de la récidive. »

Le discours de M. Verneuil fit une impression profonde ; les partisans de l'hystérectomie vaginale, battus à plate couture, rentrèrent dans le silence et la méditation.

Il est intéressant de voir les adversaires de cette opération en 1888, ceux qui la réprouvaient surtout pour son énorme gravité, l'adopter aujourd'hui pour des cas où elle est d'une exécution plus difficile que dans le cancer utérin. Ils peuvent mettre en avant, sans doute, le but thérapeutique moins incertain, mieux défini que dans le cancer ; mais leur gros argument d'alors, je le répète, était la gravité, car, celle-ci disparue, je ne vois pas trop quel motif aurait pu leur faire préférer les amputations partielles. Il paraît que cet argument a perdu désormais beaucoup de sa valeur, puisque nous voyons Reclus, jadis peu favorable à l'opération radicale, se joindre à Segond pour la substituer aux interventions sus-pubiennes dans les cas de suppurations péri-utérines (1) ; évolution, d'ailleurs, légitime et toute naturelle.

Mais, avant de montrer ce que vaut aujourd'hui l'hystérectomie vaginale et comment l'opinion s'est modifiée à son égard, examinons un peu ce qu'elle valait en 1888, quelles sont les causes qui l'ont tout d'abord compromise, et quels résultats éloignés nous ont donnés nos premières opérations.

Trois chirurgiens seulement, parmi nous, pouvaient fournir un chiffre ayant quelque importance : Bouilly avait 29 opérations et 7 morts, Terrier 21 opérations et 4 morts, Richelot 24 opérations et 9 morts. J'étais, comme on le voit, le plus malheureux des trois ; on me l'a bien fait sentir. J'avais fait plus d'une école et je n'ai pas de honte à reconnaître que certaines de mes premières opérations n'avaient aucune valeur. Sans doute, la recherche du mieux, qui est l'ennemi du bien, m'avait entraîné ; je n'avais pas imité la prudence de ceux qui trouvent le moyen de savoir les questions sans les apprendre à leurs dépens, et à qui je disais dans la discussion : « Je prie ceux de mes collègues qui se sont réservés plus que moi, de considérer que leur expérience vient un peu de ce que d'autres se sont compromis à leur place. »

Ainsi, je n'ai pas toujours su ce qu'on pouvait faire de ces cols utérins à moitié détruits par l'ulcération, profondément excavés, amincis, encore un peu saillants et mobiles, avec des culs-de-sac peu profonds, mais ayant conservé une partie de leur souplesse. On peut les saisir doucement sans les déchirer, les côtoyer sans blesser la vessie et venir à bout de l'hystérec-

(1) Bull. de la Soc. de chir., 25 mars 1891.

tomie totale, mais dans presque tous les cas la propagation est certaine, bien qu'un examen attentif des ligaments larges ne l'ait pas révélée. J'ai opéré, le 9 septembre 1886, une femme dont le col était peu saillant et déjà trop infiltré (1) : elle mourut à la fin du troisième jour avec des phénomènes nerveux singuliers, aphasie et convulsions. A l'autopsie, la plaie vaginale était fermée, le péritoine absolument sain, mais les deux uretères étaient gros comme le petit doigt et les reins altérés (néphrite interstitielle); le tissu cancéreux avait donc envahi sournoisement et comprimé les uretères. Je sais maintenant qu'avec de pareils cols on peut avoir des surprises et que le plus souvent l'hystérectomie est inutile ou dangereuse; mais encore fallait-il l'avoir observé.

D'autres fois, j'ai opéré sciemment sur un mauvais terrain, faisant ce que les circonstances m'imposaient et ne songeant pas à ménager la statistique; mais les critiques n'entrent pas dans ces détails. Exemple : une femme de 51 ans, diabétique, m'est amenée au mois d'août 1888. Elle appartient à une famille bien curieuse : sa mère est morte à 67 ans d'une « tumeur abdominale » avec pertes utérines, sa tante d'un cancer de l'estomac, son frère aîné d'un anthrax diabétique, le second d'un cancer de l'estomac; six autres frères et sœurs sont profondément arthritiques. Elle-même rend par jour 50 grammes de sucre et porte un cancer utérin paraissant bien limité au col. Je refuse de l'opérer, j'explique à plusieurs membres de sa famille la fragilité de la malade et les dangers de l'intervention; mais on insiste, on revient à la charge, et finalement je me laisse forcer la main, non sans avoir fait subir à la malade un traitement qui fait tomber le sucre à 7 ou 8 grammes. L'utérus est mobile, l'opération marche bien et les suites s'annoncent favorablement; puis, le troisième jour, sans hémorrhagie, sans péritonite, l'opérée faiblit tout à coup et s'éteint doucement en quelques heures. Avais-je eu tort de céder aux instances qui m'étaient adressées? Il m'est difficile, je l'avoue, de considérer comme fautes ces interventions hasardées, après les cas assez nombreux où j'ai vu des diabétiques résister aux grandes opérations, et notamment après une extirpation du rectum que j'ai faite par la voie sacrée le 17 avril 1891 dans les conditions les plus graves, chez un diabétique de 53 ans qui l'a merveilleusement supportée.

Un autre jour, il s'agissait d'une malade de 59 ans que j'avais vue en consultation à Nevers, et qui portait alors une tumeur rétro-utérine de nature suspecte. Venue à Paris un mois plus tard, le mal avait fait de rapides progrès, et je ne pouvais plus songer qu'à une intervention palliative, dirigée contre les douleurs, les hémorrhagies et la compression de l'intestin. C'était un cancer du petit bassin, mou et saillant dans le cul-de-sac de Douglas, qui commençait à s'ulcérer; l'*utérus était hors de cause.* Je fis une incision vaginale en arrière du col et j'enlevai une grande partie du tissu morbide avec la curette; pour aller plus loin, je me décidai à supprimer l'utérus lui-même, ce qui devait ouvrir largement le petit bassin et me donner du jour sur le néoplasme. On n'en serait plus scandalisé aujourd'hui; cela s'appellerait une « hystérectomie vaginale préliminaire ». La malade, faible et cachectique, succomba au collapsus. Eût-il mieux valu m'abstenir? Je le veux bien, quoiqu'il soit beaucoup plus commode de juger ces cas à distance, en lisant rapidement une observation, que de

(1) R. de Madec, *Traitement chicurgical du cancer de l'utérus*, thèse de Paris, 1887, p. 92.

choisir au lit de la malade le parti le plus humain et le plus rationnel; mais ce qui serait injuste, ce serait de ne pas voir là un cas tout à fait particulier, dans lequel l'ablation d'un utérus parfaitement sain constituait, pour ainsi dire, un temps accessoire, et qui n'a vraiment rien à voir avec les indications de l'hystérectomie vaginale dans le cancer utérin.

Enfin, j'ai fait des erreurs de manuel opératoire. M. Verneuil me convie un jour à faire dans son service une hystérectomie vaginale. Le cancer est bien limité, tout marche à souhait. Les deux utérines étant saisies d'abord, tandis que je poursuis la dissection, la pince de gauche, mal serrée, dérape. L'utérus libéré à droite est amené au dehors, et l'opération rapidement terminée par le pincement de la corne gauche. J'examine le champ opératoire : par malheur, l'utérine lâchée ne saigne pas, et moi, par une singulière aberration, je n'ai pas l'idée de provoquer l'écoulement sanguin pour la voir et la saisir de nouveau. En résumé, trois pinces demeurent sur les ligaments larges, deux à droite en étages, et une sur la corne gauche; l'utérine étant libre de ce côté, il arrive ce qui était fatal : hémorrhagie dans la journée et mort le soir. N'ai-je pas le droit d'affirmer qu'il était facile de mieux faire, que l'opérateur seul est responsable, et qu'on aurait tort de s'appuyer sur un pareil fait pour accuser l'hystérectomie d'être grave?

On voit combien il serait aisé, en interprétant quelques faits au lieu de les consigner en bloc, de faire varier d'un gros chiffre le tant pour 100 et d'améliorer nos brèves statistiques des premières années.

Quant aux résultats éloignés, ils sont tels qu'on devait s'y attendre, mais ils ne sont pas nuls. Sur quinze malades guéries de l'opération, j'en comptais à peine la moitié chez lesquelles il n'y eût pas trace visible de propagation cancéreuse; chez les autres, le col friable et adhérent, l'induration d'un ligament large reconnue avant ou pendant l'acte chirurgical, l'envahissement du cul-de-sac postérieur, voire même quelques noyaux disséminés sur la paroi vaginale, ne pouvaient laisser aucun doute sur l'avenir. Restent donc six ou sept malades sur lesquelles on avait le droit de fonder quelque espoir. Dans ce groupe minuscule, quatre morts sont survenues entre six et dix-huit mois; mais il en reste trois, bien vivantes et sans récidive. La première, opérée à l'Hôtel-Dieu le 31 août 1886, est en parfaite santé depuis cinq ans et un mois. La seconde, opérée à Lorient le 14 novembre de la même année, avec l'assistance de mon ami Le Diberder, est dans les mêmes conditions depuis quatre ans et onze mois. La troisième, enfin, m'a causé tout récemment une agréable surprise : je l'avais perdue de vue et je la croyais plutôt morte que vive; mais il y a quelques semaines, ayant un service à me demander, elle reparut et fut très étonnée du plaisir que me fit sa visite. Elle se porte à merveille depuis le 28 avril 1887, ce qui fait quatre ans et cinq mois.

Je dis que ces résultats ne sont pas nuls, et qu'ils sont même relativement heureux, quand on songe qu'ils appartiennent à une période où il y avait encore incertitude dans les indications et mortalité opératoire.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

Alimentation dans les troubles nerveux de l'estomac, par le docteur V. Sohlern (*Annales de Gand*, 1891). — Sohlern voit dans l'alimentation vicieuse la cause prin-

cipale de la fréquence des troubles nerveux de l'estomac. Beaucoup de personnes pensent généralement, dit-il, se basant sur une prétendue faiblesse nerveuse, que l'on doit se nourrir beaucoup, et elles font usage presque exclusif de viande. Il s'ensuit naturellement que l'hydrate de carbone manque dans l'organisme et que l'albumine, au contraire, est en surcharge. Cet emploi exclusif de viande, donnant lieu à une hyperesthésie nerveuse générale, finit par produire une irritabilité spéciale des nerfs de l'estomac. Déjà, depuis plusieurs années, eu égard à ces considérations, l'auteur a réduit considérablement, dans les névroses de l'estomac, l'emploi de la viande, et il a donné de grandes quantités d'hydrate de carbone. Les résultats thérapeutiques sont très satisfaisants. L'hyperacidité stomacale n'exclut pas ce régime, car ses recherches personnelles, qui s'accordent avec celles de Jacksch, prouvent que les amylacées donnent lieu à moins d'acide chlorhydrique que la viande. Cette hyperacidité ne peut toutefois être accompagnée d'ulcère ou de fonctionnement défectueux de l'estomac. — P. N.

SOCIÉTÉS SAVANTES DES DÉPARTEMENTS

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES DE MONTPELLIER (1er semestre).

Variole grave traitée par la médication éthéro-opiacée. — Avortement rapide de l'éruption. — M. Mossé rapporte un cas de variole grave traitée par la médication éthéro-opiacée, qu'il lui a paru intéressant de relater comme nouvel argument à l'appui de la méthode de Du Castel. Il s'agit d'une jeune femme d'une trentaine d'années, de constitution robuste, de tempérament nerveux, qu'il fut récemment appelé à voir avec MM. les docteurs Valette et Hortolès.

M. Mossé relève, dans l'histoire de cette malade, les particularités suivantes :

1° La médication éthéro-opiacée est capable d'exercer une influence favorable sur la marche de la variole, sur l'éruption. Cette action favorable paraît devoir se manifester à l'égard de la transformation purulente.

2° L'association de l'éther et de l'opium est la condition fondamentale de cette médication. Ces deux agents peuvent être donnés d'emblée à des doses assez élevées sans causer d'accidents. Il est utile de les donner à dose suffisante pour obtenir l'effet thérapeutique cherché.

3° La voie hypodermique, sauf dans certaines conditions spéciales, doit être abandonnée comme voie d'introduction de l'éther.

4° Le perchlorure (20 à 25 gouttes dans la journée) a été conseillé comme adjuvant de la médication éthéro-opiacée. Ce médicament semble pouvoir être remplacé, sauf dans les cas de variole hémorrhagique, par les préparations de quinquina.

M. Espagne partage l'opinion de M. Mossé sur les effets de la médication éthéro-opiacée. Il demande si la grande excitation du début a été réellement calmée par la médication de Du Castel.

Le début de l'éruption est, dans plusieurs cas, accompagné d'un délire intense et d'une fièvre très forte. On pourrait se laisser aller à porter alors un pronostic des plus graves, mais ce délire du début est généralement moins redoutable que celui de la période de suppuration, surtout de la fin de cette période. Toute cette gravité apparente disparaît souvent d'elle-même et sans thérapeutique particulière.

M. Mossé croit que cette médication a eu une grande influence sur le délire et les phénomènes nerveux du début. On avait affaire à une femme nerveuse, très frappée, chez laquelle l'excitation devint progressivement croissante et fut remplacée par la perte du sentiment. Dès que la médication a été instituée, l'amélioration est survenue. L'éther et l'opium donnés à haute dose ont eu des effets non seulement sur les phénomènes nerveux, mais sur l'éruption elle-même, qui était en pleine évolution depuis plus de vingt-quatre heures. Telle a été la conviction des trois médecins qui suivaient la malade. Et

l'efficacité de la méthode semble ici d'autant plus évidente que les bains qui avaient été demandés n'ont pu être donnés.

— M. le professeur Imbert communique à la Société les résultats des recherches qu'il a entreprises dans le but de reproduire, avec un tuyau à anche double, les caractères de la *voix bitonale* que l'on a signalée comme étant l'un des symptômes caractéristiques de l'anévrysme de l'aorte.

Un tuyau à anche double peut rendre simultanément deux sons de hauteur différente, si les anches sont de longueur inégale. En faisant varier la différence de longueur des anches, M. Imbert a obtenu l'émission simultanée de deux sons formant successivement la quinte, la quarte, la tierce majeure et la tierce mineure. La valeur de ces intervalles a été déterminée au moyen de tracés graphiques.

C'est la reproduction avec un tuyau de la voix bitonale.

Il résulte de ces expériences que, dans le cas d'anévrysme de l'aorte et suivant le degré de compression exercée par l'artère dilatée sur l'un des nerfs laryngés, les deux sons de la voix bitonale peuvent, à des époques successives, séparées par des intervalles de temps durant lesquels le malade sera aphone, être à la tierce, puis à la quarte, à la quinte, etc., l'un de l'autre. Il est possible, d'ailleurs, que l'intervalle de deux sons de la voix bitonale change suivant la hauteur du son émis par la corde vocale la moins tendue.

M. Imbert prie ses collègues de vouloir bien se souvenir de ces considérations, s'il leur arrive d'avoir à observer une voix bitonale, et de voir si elles ne peuvent pas être utilisées pour suivre la marche du développement de l'anévrysme.

Un cas de lupus tuberculeux guéri sous l'influence des injections de gaïacol iodoformé, par M. Lavergne. — Il s'agit d'une femme de 29 ans, entrée à la Clinique dermatologique pour une affection de la lèvre supérieure dont le début remonte à environ un mois.

Comme antécédents, on trouve, chez les parents, du rhumatisme et de la tuberculose. Elle-même tousse habituellement et a, depuis son enfance, des hémoptysies fréquentes.

Sa lèvre supérieure, épaissie, est le siège d'une croûte jaune grisâtre. Sous l'influence d'une application de caoutchouc, cette croûte tombe, laissant à nu une plaque ulcérée, rouge, saignante, qui occupe toute la moitié gauche; elle empiète en dehors sur la commissure gauche; en dedans, elle dépasse la ligne médiane et s'étend jusqu'à l'aile du nez droite. Cette ulcération a débuté par une fissure, une écorchure; jamais on n'a vu ni bouton, ni papule, ni tubercule. La lèvre inférieure porte du même côté une cicatrice consécutive à une brûlure. On conclut à un eczéma séborrhéique.

A l'auscultation, nous trouvons les signes d'une tuberculose pulmonaire à la première période; l'examen des crachats est négatif. La malade est soumise aux injections de lymphe de Koch. Elle a reçu cinq injections successives. Il n'y a pas eu de réaction générale, mais la réaction locale a été typique. Résultat curatif nul.

Vers la fin de mars, on remarque la formation, au-dessous de la sous-cloison, d'un nodule dont l'élimination laisse une excavation à fond suppurant. Un deuxième tubercule se montre peu après et évolue de même.

On se trouve donc en présence d'une lésion lupique.

M. Brousse recourt alors au raclage et aux scarifications; la première est faite le 17 avril. Le 27 avril, il institue le traitement par les injections de gaïacol iodoformé; la solution prescrite contient 59 centigr. de gaïacol et 1 centigr. d'iodoforme par centimètre cube. La malade reçoit deux séries de vingt injections de 1 centimètre cube par jour, la première, du 27 avril au 17 mai; la seconde, du 8 au 28 juin; elle a donc absorbé 30 grammes de gaïacol et 40 centigr. d'iodoforme.

Elle a subi, en outre, trois nouvelles séances de scarification suivies de pansements à l'aristol.

Du 17 au 27 avril, pas de modification appréciable dans l'état de la lèvre. La cicatrisation a débuté nettement avec les injections de gaïacol. Un moment ralentie, du 17 mai au 8 juin, elle s'est poursuivie avec la reprise des injections pour aboutir à une guérison à peu près complète dont témoigne une cicatrice caractéristique. Il ne reste qu'une légère ulcération ou plutôt une érosion au niveau de la commissure gauche, due pro-

bablement aux seules conditions mécaniques; elle est d'ailleurs en voie de disparaître.

Cette observation montre que le lupus peut, au début, simuler l'eczéma. On a cru alors avoir eu affaire, dans la première phase, à une forme particulière de lupus érythémateux qui se serait ensuite transformé en lupus vulgaire.

Quant au résultat thérapeutique, les conditions dans lesquelles s'est accomplie l'évolution vers la guérison permettent de le rapporter, au moins pour la plus grande partie, aux injections de gaïacol iodoformé. L'action du traitement local n'a été que secondaire.

M. Scaze, argumentateur, félicite M. Lavergne sur le soin qu'il a apporté dans cette observation. Toutefois, il ne la trouve pas assez concluante et fait remarquer que la malade a été traitée avec la lymphe de Koch, l'huile de foie de morue et surtout par l'aristol et les scarifications. Tous ces agents, favorisés par la bonne saison, peuvent bien amoindrir l'effet produit par le gaïacol.

M. Lavergne répond qu'il s'est tenu dans une certaine réserve dans ses conclusions, et que les scarifications peuvent avoir contribué au résultat produit.

M. Brousse fait remarquer combien le diagnostic de lupus était difficile chez cette malade. On ne voyait pas de nodosités. M. Kiener, qui a examiné la malade, n'a pas trouvé à ce moment de lupus tuberculeux. Aussi, et malgré la réaction locale produite par la lymphe de Koch, croyait-il d'abord se trouver en présence d'un eczéma séborrhéique. Les deux nodules, qui se sont éliminés deux mois après les injections de lymphe, lui font admettre le diagnostic d'un lupus érythémateux fixe. Les scarifications, faites le 17 avril, n'avaient pas donné de résultat le 27, époque à laquelle on a commencé les injections de gaïacol et les pansements à l'aristol, dont l'importance, du reste, est reconnue. Le 10 mai, la cicatrisation était complète. Enfin, M. Brousse fait remarquer la tolérance de la malade pour le gaïacol, qui a été donné à la dose considérable de 0 gr. 50 pendant deux séries d'injections, chaque série comportant vingt injections.

M. Cassan regrette que le gaïacol n'ait pas été isolé de tout autre agent thérapeutique. Le premier diagnostic n'est-il du reste pas le bon? L'absence de nodosités, l'avis de M. Kiener, qui a examiné la malade, lui font supposer que la lymphe de Koch a déterminé l'élimination de deux tubercules chez une femme prédisposée.

M. Brousse déclare que la malade a déjà présenté des signes d'une phthisie antérieure, notamment une hémoptysie. D'autre part, la malade présente sur la muqueuse buccale, et correspondant à la lésion cutanée de la lèvre, une altération qui paraît caractéristique du lupus des muqueuses.

M. Carrieu rejette le diagnostic de lupus érythémateux. Il ne trouve pas le caractère de cette maladie dans la description donnée. La marche de la lésion, rapide d'abord pendant un mois, puis stationnaire, est différente de celle du lupus.

Il croirait plutôt que les injections auraient provoqué l'élimination de deux tubercules sous-cutanés.

— M. Truc fait une communication sur les *rapports entre les ophthalmies granuleuses et le lymphatisme*.

Les classiques ne reconnaissent pas toute l'influence du lymphatisme sur la production des granulations; à la clinique de Montpellier, d'après l'observation d'environ 1,000 malades, il lui a semblé que les granulations se développent presque exclusivement chez les individus très-lymphatiques, et pour ce motif, surtout chez les femmes et les enfants; tous les granuleux traités sont plus ou moins lymphatiques, scrofuleux tuberculeux. Les cas les plus graves et les plus tenaces se rencontrent chez les scrofuleux avérés; quelques malades vigoureux, à chair ferme. d'aspect peu lymphatique, ont des granulations simples, et il peut dire que la gravité des lésions oculaires des granulations est en rapport avec le degré du lymphatisme.

M. Truc divise en trois classes les formes d'ophthalmie granuleuse : les formes lymphoïde, scléroïde, fibroïde.

La forme lymphoïde, conjonctive rouge, lisse, tendue, comme soulevée par un amas lymphoïde sous-jacent, se rencontre chez les jeunes sujets extrêmement lymphatiques.

La forme scléroïde, conjonctive rude, tomenteuse, irrégulière, cicatricielle, se rencontre fréquemment chez les adultes moins lymphatiques au niveau de la région tarsale.

Dans la forme fibroïde, conjonctive supérieure tapissée de saillies rougeâtres, luisantes, arrondies, du volume d'une petite lentille, la surface granuleuse est polie, vernissée, très dure. On dirait de fines gouttelettes de cire juxtaposées; se rencontre rarement, et chez des sujets vigoureux, très peu ou pas lymphatiques.

On a dit que les lésions cornéennes, dans l'ophthalmie granuleuse, sont le fait des granulations. M. Truc pense, avec Panas, qu'il n'en est rien; les lésions de la cornée, ulcérations, pannus, sclérose, etc., sont le produit de l'infection ou de l'état lymphatique. La preuve, c'est que tantôt l'on trouve dans certains cas de graves lésions cornéennes et un état granuleux presque insignifiant; tantôt les granulations sont énormes, très dures et les lésions cornéennes absolument nulles. En un mot, il n'y a, chez les granuleux, aucun rapport entre l'état granuleux et les complications kératiques. Ce qui domine, c'est le lymphatisme et l'état général; de sorte que la cornée subira des atteintes plus ou moins graves, selon que l'état général sera mauvais ou bon, toutes choses égales d'ailleurs. Si l'individu est d'une constitution robuste, la cornée résistera à des granulations même très grosses; au contraire, des granulations en apparence insignifiantes pourront, sur un sujet débilité, entraîner de graves désordres oculaires.

Cette notion de l'état général a une importance capitale au point de vue thérapeutique.

Chez les granuleux peu lymphatiques à forme scléroïde simple, le cuivre rend de grands services si on l'emploie en râclant dans le cul-de-sac conjonctival. S'agit-il de la forme lymphoïde ou lymphatique, le cuivre exagère la lésion et peut entraîner les conséquences les plus fâcheuses. Il en est de même en présence des lésions cornéennes.

M. Truc se propose d'ailleurs de revenir, dans une communication spéciale, sur le traitement des ophthalmies granuleuses; mais, dès maintenant, il insiste sur la nécessité :

1° De faire un traitement général;

2° De pratiquer l'antisepsie régionale et locale;

3° D'observer la part qui revient à l'état oculaire lacrymal et lymphatique et de tenir grand compte des combinaisons morbides qui peuvent se présenter.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 octobre. — Présidence de M. Labbé.

Sommaire : *Des altérations chimiques du processus stomacal dans la gastrite alcoolique. — Des altérations du chimisme stomacal dans la chlorose. — Hystérie par fulguration.*

M. Mathieu : Dans sa dernière séance, M. Hayem, à propos des troubles du processus stomacal dans la gastrite alcoolique, a présenté une classification des dyspepsies basée sur les troubles chimiques. Mais cette classification, purement chimique, n'a pas d'applications cliniques et complique des choses en réalité assez simples.

Voici comment M. Mathieu comprend la dyspepsie.

Tout d'abord, il y a ou non hyperchlorhydrie. Peu importe que l'hyperchlorhydrie s'accompagne ou non d'hypopepsie; ce qui est intéressant, c'est l'excès d'acide chlorhydrique, qui détermine une irritation plus ou moins intense de la muqueuse gastrique et qui justifie un traitement par les alcalins. L'hypopepsie est négligeable si la motricité de l'estomac est conservée. Des chiens, auxquels on avait enlevé l'estomac, ont pu survivre

et engraisser; ils étaient pourtant réellement apeptiques. M. Hayem a démontré lui-même que certaines personnes, avec une digestion gastrique nulle, jouissent cependant d'une bonne santé générale. En effet, chez ces personnes, comme chez les chiens auxquels on enlève l'estomac, le pancréas supplée cet organe.

Il ne faut donc point se préoccuper de l'hypopepsie, si ce n'est toutefois lorsque la motricité de l'estomac est atteinte, car alors la dilatation de l'organe et le séjour prolongé de substances alimentaires s'accompagnent de fermentations organiques qui sont le point de départ d'une véritable auto-intoxication, comme les travaux de M. Bouchard l'ont démontré.

De plus, dans le tiers des cas de dyspepsie environ, le chimisme gastrique peut être considéré comme normal si on n'attribue pas une trop grande importance à de faibles variations des chiffres donnés par l'analyse chimique.

On peut donc dire qu'en dehors de l'hyperchlorhydrie ce sont les troubles moteurs, ou mieux nervo-moteurs, qui jouent le rôle le plus important.

En résumé, M. Mathieu admet trois types de dyspepsie : 1° l'hyperchlorhydrie; 2° la dilatation de l'estomac avec hypochlorhydrie et fermentations organiques; 3° la dyspepsie nervo-motrice sans anomalies chimiques. Celle-ci peut être considérée comme la plus fréquente.

L'efficacité des traitements appropriés à chacune de ces variétés de dyspepsie démontre l'exactitude de la conception de M. Mathieu.

— M. Hayem : On s'est beaucoup occupé, dans ces dernières années, des rapports qui existent entre les troubles gastriques et les maladies des autres systèmes organiques. A ce point de vue, on a fait jouer un rôle considérable à la dyspepsie (Beau), à la dilatation de l'estomac (Bouchard).

M. Hayem veut aujourd'hui étudier les troubles digestifs dans la chlorose. Il avait déjà parlé de ces troubles dans son livre : *Du sang et de ses altérations;* mais M. Winter n'avait pas encore trouvé le procédé qui permet de doser, sous ses différentes formes, le chlore du contenu gastrique. Depuis, M. Hayem a repris cette étude qui porte sur 72 observations nouvelles.

Sur ces 72 cas, il y a 5 hommes et 67 femmes; un assez grand nombre de malades étaient à leur première atteinte de chlorose; d'autres, au contraire, avaient été soumis depuis plus ou moins longtemps à divers traitements. En tout cas, M. Hayem rechercha le type chimique avant d'instituer un traitement actif.

Sur les 72 malades, il y avait 36 cas d'hyperpepsie, 6 cas d'hyperchlorhydrie et 28 cas d'hypopepsie du premier ou du second degré; pas d'apepsie. Dans deux cas, enfin, le chimisme stomacal était normal. 36 cas se compliquaient de fermentations anormales.

Ces faits mettent en évidence la très grande fréquence de la dyspepsie dans la chlorose. Les troubles digestifs jouent-ils, à l'égard de cette affection, un rôle pathogénique?

On vient de voir que la chlorose peut exister sans dyspepsie. Il est probable que les cas de ce genre seraient plus nombreux si on avait plus souvent l'occasion d'examiner les malades dès le début, avant l'intervention de tout traitements médicamenteux. De plus, il n'y a pas de relation étroite entre l'intensité de l'anémie et l'intensité des troubles dyspeptiques. Certaines malades à peine chlorotiques souffrent beaucoup d'une dyspepsie très accentuée, tandis que quelques chlorotiques tombées dans un état d'anémie considérable présentent un chimisme à peu près normal. Enfin, les troubles des fonctions digestives sont extrêmement communs, à Paris du moins, chez les adolescents des deux sexes. Or, précisément, dans les dyspepsies des adolescents, la déviation chimique la plus habituelle est constituée par l'hyperpepsie, qui est très fréquente dans la chlorose. Les garçons sont, très probablement, atteints aussi souvent que les filles de cette forme de dyspepsie. Cependant, la chlorose est beaucoup plus rare chez les garçons que chez les filles (1 pour 20 à 25 dans les observations de M. Hayem). En outre, chez le garçon chlorotique, la déglobulisation est rarement notable. Certaines conditions, relatives au sexe, prédisposent donc la femme à l'anémie chlorotique.

Le traitement ordinairement prescrit aux chlorotiques est une des causes de la fré-

quence des troubles gastriques dans la chlorose (fer, arsenic, quinquina, aliments excitants). On pourrait aussi lui attribuer la fréquence relative de l'ulcère de l'estomac chez les femmes chlorotiques; les garçons, moins profondément anémiés, sont traités comme dyspeptiques ou neurasthéniques et échappent aux conséquences de l'administration des ferrugineux irritants.

M. Hayem ne veut pas discuter l'origine nerveuse de la chlorose, théorie qui pourrait permettre de rattacher à la fois la dyspepsie et la déglobulisation à une modification des fonctions nerveuses. Il est certain que l'association de la chlorose et de l'hystérie n'est pas rare, que les chlorotiques non hystériques présentent souvent des signes de neurasthénie, surtout quand la dyspepsie est accentuée. Mais, il n'y a aucun rapport entre l'accentuation de l'état nerveux et celle de l'anémie.

La dyspepsie de l'adolescence, aussi fréquente chez le jeune homme que chez la jeune fille, peut donc être regardée simplement comme favorable à la production de la chlorose.

Une fois la maladie déclarée, la dyspepsie présente, en raison de l'état chlorotique et de sa persistance, une tendance à s'aggraver, et elle le fait d'autant plus sévèrement que le traitement est plus mal dirigé. Celui-ci est entravé par le développement progressif des phénomènes dyspeptiques. Il convient donc tout d'abord de soigner uniquement la dyspepsie, et ce n'est qu'après avoir obtenu une amélioration notable qu'il sera possible de traiter activement et efficacement la chlorose.

— M. Laveran : Dans ses leçons du mardi (1889), M. Charcot a attiré l'attention sur les troubles hystériques produits par la fulguration. Ces faits ne sont pas très nombreux. Outre son observation personnelle, M. Charcot n'avait trouvé que trois autres cas semblables cités dans différents auteurs. M. Laveran vient communiquer une nouvelle observation d'hystérie par fulguration.

Il s'agit d'un soldat de 24 ans, qui jouissait d'une bonne santé habituelle. Le 29 juin 1889, pendant un orage, il traversait la cour de sa caserne lorsque un coup de tonnerre éclata. Il ressentit un choc violent et perdit connaissance. Revenu à lui, une demi-heure après, il fut pris de mouvements choréiformes, surtout accentués aux membres supérieurs. Ces mouvements durèrent pendant quatre jours, puis le malade voulut se lever; il s'aperçut alors que sa jambe droite fléchissait sous lui et que son bras droit était aussi extrêmement faible.

Depuis ce moment, cette hémiplégie s'est aggravée; en outre, ce malade a de temps en temps des crises de chorée rythmique semblables à la crise primitive; il ne perd pas connaissance pendant ces crises. Une fois ou deux, il a présenté de l'aphasie transitoire. Les crises se produisent surtout au moment des orages.

Actuellement, ce malade présente une hémiplégie incomplète du côté droit; il peut marcher, mais en boitant très fortement; au lieu de « faucher », comme dans les cas habituels, il frappe fortement le sol du talon.

Au dynamomètre, la main gauche détermine une pression de 60 kilogrammes; de la main droite, une pression de 20 kilogrammes à peine. Ni atrophie ni contractures; hémianesthésie droite incomplète; diminution de l'acuité visuelle et du champ visuel, diminution de l'ouïe et de l'odorat à droite. Pas de zones hystérogènes ; réflexe pharyngien diminué, non aboli. Température de la main droite inférieure de 3° à celle de la main gauche. Tous les organes sont normaux.

Le diagnostic d'hystérie ne paraît pas douteux; le début brusque par des mouvements choréïques, une hémiplégie qui dure depuis deux ans sans s'accompagner d'atrophie ni de contracture, l'hémianesthésie cutanée et sensorielle, les crises de chorée rythmée, enfin, démontrent bien qu'il s'agit d'hystérie. Il est à noter que ce malade ne présente aucune tare nerveuse dans ses antécédents héréditaires, et que ses antécédents personnels sont nuls. M. Charcot avait déjà signalé cette particularité.

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE LES ENGELURES. — Monin.

Borate de soude	5 grammes.
Bichromate de potasse	1 gramme.
Huile de bouleau	XX gouttes.
Essence de lavande	XX —
Vaseline camphrée	45 grammes.

F. s. a. une pommade, pour onctions trois fois le jour sur les engelures. — Après les onctions, on met des gants de fil préalablement lavés à l'eau chaude. — N. G.

COURRIER

STATISTIQUE DE L'INSTITUT PASTEUR. — Pendant le mois de septembre 1891, 127 personnes ont été traitées à l'Institut Pasteur.

Sur ce nombre :

22 ont été mordues par des animaux dont la rage a été reconnue expérimentalement.

83 ont été mordues par des animaux reconnus enragés à l'examen vétérinaire.

22 ont été mordues par des animaux suspects de la rage.

Les animaux mordeurs ont été : chiens, 116 fois; chats, 7 fois; vaches, 2 fois; bœuf, 1 fois; veau, 1 fois.

LA MÉDECINE ET LES LITTÉRATEURS. — Les abonnés de la *Revue des Deux-Mondes* (15 juin 1877, p. 831) ont dû palpiter en lisant l'opération du croup telle qu'elle est décrite dans le *Mari de Suzanne :* « En quelques mots haletants, elle m'apprend que Pierre..... a été atteint après mon départ d'une angine couenneuse, que depuis les premiers symptômes Félicien le veille, qu'il a dû faire une incision à l'artère (*sic*), et qu'à l'instant même il vient de conjurer une crise mortelle en y appliquant les lèvres. J'écoute muet, paralysé par l'émotion. » (*Lyon médical.*)

RÉUNION AMICALE DE MÉDECINS DE RÉSERVE DES ARMÉES DE TERRE ET DE MER ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion aura lieu le lundi 9 novembre, à neuf heures du soir, au Cercle militaire.

Conférence par M. le docteur Billot, médecin-major de 1re classe au 46e de ligne : « Le rôle du médecin régimentaire ».

— M. le docteur Du Mesnil est nommé secrétaire du Conseil du Bureau central météréologique de France.

NÉCROLOGIE. — MM. les docteurs Cheminade, médecin de la marine; Pasquet-Labrouc, de Charroux; Fourgrand, de la Flotte (île de Ré); Bagnéris, de Mirande.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.
Membres du Comité :
LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

L'antipyrine, qu'on a considérée jusqu'alors comme une excellente recrue dans la matière médicale et thérapeutique, va-t-elle se charger de méfaits, comme tant d'autres qu'on a brûlées après les avoir adorées? On pourrait le craindre, à ne s'en tenir qu'au titre de la communication de M. Verneuil à l'Académie de médecine et aux extraits qu'en ont donnés certains journaux. La gangrène va survenir à la suite des injections hypodermiques d'antipyrine. Alors, c'est la fin de tout. On sait comment se font et se défont les réputations. A peine eut-on trouvé que cette excellente substance, — je la tiens toujours pour excellente, — soulageait les névralgies, la migraine en particulier, que ce fut comme une traînée de poudre. C'est à qui aurait son cachet d'antipyrine dans sa poche. On s'en offrait comme autrefois des pastilles, des bonbons ou une prise de tabac. Vous souffrez? Vite, prenez ce cachet d'antipyrine.

Mais, voici le revers de la médaille. M. Verneuil ayant dit que les injections d'antipyrine avaient été suivies deux fois de gangrène, on va répéter que l'antipyrine donne la gangrène, sans tenir compte du mode d'emploi ni de la maladie antérieure, et on ne verra plus qu'une chose, — je parle du gros public, — c'est que l'antipyrine donne la gangrène.

Mais il y a loin de cela à la réalité, c'est-à-dire à la communication de M. Verneuil. Les deux sujets qui ont présenté cette complication étaient des prédisposés qui auraient pu avoir de la gangrène tout seuls, quelques jours après, dont la névralgie atroce dont ils souffraient n'était peut-être même que le début de la gangrène. L'antipyrine n'a donc rien à voir là-dedans. L'un des malades était prédisposé par la névrite dont il était atteint, et l'autre eut une gangrène symétrique. L'antipyrine a fait ce qu'on lui demandait : elle a soulagé; elle n'a pas provoqué la gangrène, mais elle ne l'a pas empêchée non plus, parce que cela n'est pas dans ses cordes.

Une contre-indication du massage dans le traitement des fractures.

Un mode de traitement des fractures qui est préconisé par plusieurs chirurgiens des hôpitaux, MM. Lucas-Championnière et Reclus, entre autres, ne peut avoir que beaucoup de valeur, aussi croyons-nous qu'il en a. Mais nous croyons aussi qu'il n'est pas applicable dans tous les cas, ce qui

nous a été démontré par une malade entrée la semaine dernière dans le service de M. Verneuil, à l'Hôtel-Dieu.

Cette malade, âgée d'une cinquantaine d'années, très grande, très grosse et grasse, avait une fracture des deux os de la jambe, au quart inférieur. Le membre, très ecchymosé, avait environ 30 centimètres de circonférence à la cheville et au moins 55 ou 60 au mollet. La fracture datait de quarante-huit heures, et on l'avait traitée en ville par le massage. Une seule séance avait été faite, et n'avait eu aucun bon résultat. Comment pouvoir masser un membre aussi volumineux? Songer à faire résorber le sang épanché était une utopie.

Il y avait, en outre, un grave danger dans le massage. Cette femme était diabétique, et on aurait pu craindre de voir survenir à bref délai la gangrène dans sa jambe. Heureusement il n'en fut rien.

La constatation du diabète chez cette malade a été faite d'une façon bien curieuse. M. Verneuil avait déjà été frappé de l'embonpoint de la malade ; en l'interrogeant, il apprit qu'elle avait souvent soif; en manipulant le membre, il ne provoquait aucune douleur, bien que la fracture ne remontât qu'à deux jours. Ce fut le fait qui le frappa le plus, d'autant qu'il l'avait déjà observé à la Pitié chez un diabétique qui, atteint depuis la veille d'une fracture des deux os de l'avant-bras, gesticulait comme s'il n'eût eu aucune blessure.

Cette analgésie des plaies, des fractures est un signe qui doit attirer l'attention et faire songer au diabète.

L'examen des urines, fait par un élève du service, faillit donner lieu à une erreur. L'élève chercha l'albumine, et, comme il n'y en avait pas, il dit qu'il n'y avait rien. Rien fut compris comme glycose. Etonné, M. Verneuil fit chauffer de l'urine dans un tube à expérience avec la liqueur de Fehling et obtint immédiatement la réduction caractéristique.

Donc, en cas de fracture non douloureuse, il faut songer au diabète, et si celui-ci existe, surtout si le membre est énorme comme dans le cas actuel, il faut renoncer au massage, qui, en pareil cas, pourrait déterminer la gangrène. — L.-H. Petit.

De l'hystérectomie vaginale

Par L.-G. Richelot (1).

Après la discussion soulevée par M. Verneuil, je conçus le projet, voulant m'éclairer en toute conscience, d'étudier parallèlement, sur nouveaux frais, l'amputation partielle et l'hystérectomie. J'avoue que je ne pus me résoudre à faire des sections sous-vaginales, au risque d'enlever incomplètement des cancers bien nettement circonscrits; mais je voulais mettre en regard de l'hystérectomie une série d'amputations sus-vaginales du segment inférieur.

Je commençai, dès le mois de novembre 1888, par une malade qui portait une ulcération bourgeonnante intra-cervicale bien limitée à la lèvre postérieure; opération facile et guérison rapide. Pendant deux ans, je ne vis plus mon opérée, et j'aurais pu m'applaudir d'une survie aussi longue. Mais il est spécieux, à mon avis, d'additionner simplement les mois de survie

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

sans noter l'époque où la récidive commence, et d'en conclure à l'utilité de l'intervention; car il ne dépend pas du chirurgien ni du mode opératoire adopté que la marche de la récidive soit plus ou moins rapide. Ce qu'il faut savoir, pour juger l'opération, c'est le nombre de mois ou d'années qu'elle *ajoute* à la vie, si tant est qu'on puisse le déterminer; l'intéressant, à ce point de vue, c'est le temps qui s'écoule avant l'apparition de la récidive. Or, chez la malade en question, la rémission n'a pas été de plus d'un mois ou six semaines; les douleurs sont aussitôt revenues, et le mal a repris sa marche comme si on n'y avait pas touché. Elle dit elle-même qu'elle n'a jamais été guérie, et je sais par son médecin que des bourgeons cancéreux se sont promptement développés sur le moignon et dans les annexes. Qu'elle ait vécu deux ans tant bien que mal, et qu'aujourd'hui seulement elle commence à jaunir, cela n'ajoute rien au mérite de l'amputation partielle.

Le 4 mai 1889, je fis une nouvelle tentative sur une malade que Porak m'avait envoyée à l'hôpital Tenon, ne sachant trop s'il y avait cancer ou métrite du col; c'est dire que la tumeur était, en apparence, bien près de son début. Le fait est que le toucher ne révélait pas, comme d'habitude, la nature du mal; au spéculum, on voyait une grosse lèvre antérieure en éversion, dont la face interne légèrement bosselée pouvait très bien donner le change. En constatant que la surface de cette muqueuse était friable, je conclus à un épithéliome encore très peu développé : c'était bien l'occasion de mettre à l'épreuve l'amputation sus-vaginale. La malade alla bien tout d'abord; puis, au bout d'une dizaine de jours, une vive sensibilité apparut dans tout l'hypogastre, avec suintement sanguin, masses dures au toucher vaginal. La plaie, au lieu de se cicatriser, se transformait en ulcération anfractueuse; le tissu morbide repullulait à vue d'œil, comme si l'opération eût été la cause d'une nouvelle poussée cancéreuse. La malade était pâle, déprimée, subdélirante, et elle quitta l'hôpital en très mauvais état. Je l'ai perdue de vue, mais il est certain qu'elle n'a pas duré bien longtemps.

Médiocrement encouragé par ce résultat, j'attendais l'occasion d'inaugurer une nouvelle série d'hystérectomies vaginales, mais le hasard ne m'amenait que des cancers inopérables. Enfin, le 2 janvier 1890, je fis une première extirpation totale, et une seconde le 31 janvier. Femmes de 23 et de 41 ans; chez la première, un bourgeon dépendant de la lèvre antérieure faisait saillie par l'orifice du col; chez l'autre, ulcération intra-cervicale profonde, lèvre postérieure surtout excavée et raccourcie; mobilité de l'utérus. Sur les deux pièces, par une singulière coïncidence, un fait me frappa : le tissu morbide, bien limité aux couches internes de la paroi cervicale, dépassait la partie la plus élevée de l'isthme utérin et pénétrait un peu dans la cavité du corps. De telle façon que, si j'avais pratiqué la sus-vaginale, j'aurais certainement laissé du cancer sur le moignon, et les deux malades aujourd'hui seraient mortes ou en pleine récidive. Or, ces deux femmes, pour avoir subi l'ablation totale, sont en parfaite santé depuis près de deux ans.

Les faits antérieurement connus me revinrent alors en mémoire, y compris les huit cas de M. Verneuil auxquels j'ai fait allusion plus haut; les exemples, cités par les auteurs, de lésions épithéliales de la muqueuse utérine en continuité avec celles du col; ceux, plus rares il est vrai, de noyaux cancéreux trouvés dans le corps à distance de l'épithélioma cervical. Et je

me dis que je n'avais pas le droit, pouvant faire mieux, de m'exposer à des surprises pareilles, et de refuser à mes malades les bénéfices d'une opération dont je connaissais depuis longtemps la technique, et dont la bénignité relative, malgré tous les faits contradictoires, m'était suffisamment démontrée.

Depuis lors, je revins sans réserve à l'hystérectomie totale dans les cancers limités à l'utérus; je la pratiquai aussi pour des affections non cancéreuses, de telle sorte que j'ai maintenant une série nouvelle de 80 opérations. Malgré l'aridité des chiffres et les défauts de la statistique, j'en donnerai une courte analyse.

Commençons par le cancer : 22 opérations, une mort. Et celle-ci est bien de ma faute; elle est survenue chez une femme de 52 ans, maigre, à cheveux blancs, plus vieille que son âge, ne rendant pas d'albumine, mais très affaiblie et portant un de ces cols presque détruits dont j'ai parlé plus haut, c'est-à-dire un cancer un peu trop mûr pour que l'ablation totale fût pleinement justifiée. Je donne mon intervention pour ce qu'elle vaut. L'opération dura une demi-heure et ne présenta aucun incident fâcheux. A partir du surlendemain, continuation des vomissements, langue sèche, pouls faible et fréquent, apathie et subdélirium; temp. 37°5. L'ensemble des symptômes me rappelait une malade de 68 ans, que j'opérai le 21 octobre 1887 pour un cancer du corps, et chez qui la suppression du pansement iodoformé fit cesser tout à coup les phénomènes alarmants. Mais ici il n'en fut pas de même, et malgré tous nos soins la malade, qui n'avait ni douleur apparente, ni ballonnement, ni température élevée, succomba le matin du cinquième jour. Rien à l'autopsie, pas une goutte de sang ni de sérosité dans le péritoine, aucune lésion d'organes pouvant expliquer la mort.

Parmi les 21 guéries de l'opération, puisqu'il s'agit de cancers, nous avons naturellement à faire la part du feu; car je n'ai pas la prétention, aujourd'hui plus qu'il y a deux ans, de supprimer toute récidive; quels que soient nos succès relatifs dans l'avenir, il faut savoir être modestes et nous contenter de peu. Sur les 21 opérées, je compte, à l'heure qu'il est, 4 récidives; mais il faut bien s'entendre sur la valeur de ce mot.

Une femme de 29 ans est opérée, le 22 mai 1890, pour un cancer du col affleurant déjà le cul-de-sac postérieur, mais laissant à l'utérus toute sa mobilité. A droite, la pince longuette qui saisit la moitié inférieure du ligament large est appliquée sur une traînée de tissu cancéreux dont je n'avais pas reconnu la présence. Deux mois après le retour de l'opérée à Troyes, je reçois une lettre qui m'annonce la reprise des douleurs et l'aggravation de l'état général. Il s'agit là, non d'une récidive survenue après une rémission franche, mais d'une continuation pure et simple du mal, dont l'extension m'avait échappé. A vrai dire, quand la propagation est discrète, ces lacunes du diagnostic sont quelquefois inévitables.

Le 19 octobre 1890, j'ai fait une opération analogue, mais de propos délibéré, chez une femme de 23 ans. L'utérus était encore mobile, mais il y avait comme une bride cancéreuse qui reliait le col utérin à la base du ligament large gauche. La pince longuette destinée à saisir l'utérine fut placée, comme je m'y attendais, sur le tissu cancéreux. L'opération eut des suites bénignes, mais au bout de quelque temps la malade se remit à souffrir, devint peu à peu cachectique et mourut au bout de quatre mois. Il est bien entendu qu'ici l'hystérectomie ne valait pas mieux qu'une amputation partielle; si je l'ai faite, c'est qu'ayant l'utérus dans la main, je l'ai trouvé

assez docile pour l'enlever sans grands efforts et pour être sûr de ne rien compromettre; c'est affaire de circonstances et de tempérament, mais je ne préconise ni ne veux défendre, en pareil cas, l'hystérectomie vaginale.

Une autre fois, c'était une femme de 51 ans, grasse, affaiblie et d'un jaune paille des plus caractéristiques; le fond du vagin était rempli par un énorme fongus. Je n'eus pas, en la voyant, la moindre idée de faire une opération radicale; je comptais enlever le fongus et faire une résection atypique du col au milieu des tissus envahis. Je n'espérais même pas, à cause du teint cachectique, un résultat palliatif durable. Grande fut ma surprise, quand la malade fut endormie (6 mai 1890), de voir que mon examen avait été trop sommaire, que le fongus tenait seulement à la lèvre antérieure, que la postérieure était libre, la paroi vaginale épargnée et l'utérus assez mobile. Mes premières incisions faites, l'utérus descendit, et il ne m'en coûta pas plus de substituer l'hystérectomie à la sus-vaginale. Ici encore, j'ai été jusqu'au bout, parce qu'ayant l'habitude de l'opération et sachant combien les suites en sont bénignes, j'ai vu que je pouvais la faire avec sécurité; mais, malgré la souplesse des culs-de-sac et l'absence de propagation visible, je n'avais aucune prétention à faire mieux par une ablation totale que par une amputation limitée. Cependant, l'influence de l'opération fut extraordinaire : la malade reprit vite son appétit, ses forces et un teint normal; on l'appelait dans le service « la femme déjaunie ». Elle nous quitta en parfaite santé, et resta guérie pendant six mois. En juillet, en novembre, je constatai encore l'indolence et la souplesse des tissus. En décembre seulement, quoiqu'elle fût toujours bien portante, apparut derrière la cicatrice une petite induration circulaire; en mars, elle devint très malade, et mourut au mois de mai, un an juste après l'opération.

Enfin, le 21 octobre 1890, j'opérai une femme de 40 ans, dont l'utérus était mobile et fut énucléé sans trop de peine, mais dont le col, occupé au centre par un bourgeon fongueux, était infiltré dans ses deux lèvres de telle façon que les pinces déchiraient son tissu et qu'il me fallut exécuter les premiers temps avec douceur. Il n'était ni raccourci par l'ulcération ni profondément excavé, mais seulement un peu friable; or, ce défaut de résistance de la paroi cervicale envahie en totalité laisse bien peu de chances pour que les lymphatiques ne soient pas contaminés au delà des limites que nous pouvons atteindre. Le fait est que ma malade, promptement rétablie et pendant trois mois bien portante, avait, le 21 janvier 1891, un petit noyau dur sous-muqueux avec quelques douleurs irradiées, et le 20 février des indurations multiples dont la nature ne faisait aucun doute. On nous parlait alors des injections de violet de méthyle dans les tumeurs malignes inopérables; j'en fis une vingtaine, après lesquelles un gros bourgeon sphacélé s'élimina, mais les douleurs et l'amaigrissement n'en furent pas arrêtés, et la pauvre femme mourut à la fin de juin.

En somme, voilà quatre cas où la récidive était prévue, inévitable. L'hystérectomie a été faite parce que l'envahissement cancéreux était assez restreint pour laisser au chirurgien sa liberté d'action; elle a été préférée pour des raisons d'ordre secondaire, mais elle n'avait pas, *a priori*, d'autres mérites qu'une amputation partielle. Ces quatre faits laissent donc entière la question controversée, et ne préjugent rien de la valeur thérapeutique de l'hystérectomie vaginale dans les cas où elle peut prétendre à une guérison durable.

Il faut maintenant, à ces quatre faits, en ajouter un cinquième où la mort,

survenue deux mois après l'opération, est absolument de ma faute. Chez une femme venue de Montauban et opérée le 13 novembre 1890, j'avais perforé la vessie avec le doigt. C'est un accident peu grave et facile à réparer séance tenante; si la réunion primitive manque, la fistule guérit d'elle-même ou bien on la répare secondairement. L'essentiel est d'attendre, de patienter; la plaie bourgeonne et arrive à combler l'orifice, ou bien elle le rétrécit tellement qu'on n'a presque plus rien à faire. Chez la malade en question, le malheur est que j'ai voulu me presser, parce que, désolée d'avoir quitté son pays et geignant sans cesse, elle avait hâte de guérir et me harcelait. Je fis d'abord, le 6 décembre, une première restauration qui sembla réussir; mais la malade, qui avait quitté l'hôpital en bon état, revint bientôt perdant son urine, et se remit à pleurer jour et nuit. J'eus le tort de céder à ses prières, et de fermer encore la fistule dans les premiers jours de janvier. Le lendemain, symptômes graves de péritonisme, et mort le soir. L'autopsie n'ayant pu être faite, j'ignore ce qui s'est passé; mais je suppose que mon aiguille a perforé la cloison cicatricielle qui limitait le fond du vagin, et fait couler l'urine dans le péritoine. Je répète qu'il faut laisser la plaie vaginale se combler peu à peu, la cicatrice s'épaissir et se consolider, pour intervenir en dernière analyse sur un orifice déjà rétréci au maximum. C'est pour n'avoir pas agi de la sorte que j'ai, à mon passif, un cinquième revers après guérison opératoire, chez une femme qui avait des chances pour survivre longtemps. On m'accordera qu'il ne s'agit plus ici de la récidive du cancer ni de la valeur thérapeutique de l'hystérectomie vaginale.

Avant de parler des cas plus heureux, je terminerai ce que j'ai à dire sur les fistules. Il peut survenir, en dehors de toute faute opératoire, de petites perforations vésicales, et cela au bout de huit ou dix jours, quand on a renouvelé les tampons et commencé les injections vaginales. Sans doute, elles succèdent à la chute d'une eschare; je ne les crois pas dues à la pression des pinces, car j'en ai vu surtout au début de la série et je n'en vois plus; pour la même raison, je pense qu'on les évite en rasant mieux l'utérus, comme je sais le faire maintenant, et en laissant accolé au bas-fond de la vessie tout le tissu cellulaire qui la double. Quoi qu'il en soit, ces fistulettes guérissent très bien d'elles-mêmes; témoin une opérée du 6 novembre 1890, chez qui on m'a persuadé d'intervenir parce que l'utérus était très mobile et descendait facilement, mais le cancer avait détruit la portion sous-vaginale, affleurait les culs-de-sac et était si près de la vessie, que je dus l'en séparer patiemment, à petits coups de bistouri et par une dissection très laborieuse. La paroi vésicale n'étant plus qu'une mince pellicule, c'était la meilleure condition pour que l'accident se produisît; l'urine, cependant, ne se perdit qu'à partir du 14 novembre. La malade, opérée dans des conditions qui paraissaient très mauvaises, est aujourd'hui bien portante et sans récidive depuis un an; la fistule coulait très peu en janvier 1891 et n'existait plus en février.

Si la fistule ne guérit pas d'elle-même, on peut l'oblitérer; mais je répète qu'il faut savoir attendre, d'abord à cause de la guérison spontanée, ensuite à cause du danger d'intervenir trop tôt. C'est ce que démontre encore une opérée du 29 novembre 1890; elle eut, au bout de huit jours, une petite perforation, que je fermai un peu trop vite, comme chez la malade de Montauban. La même faute, commise à peu près à la même date, n'eut pas un aussi funeste résultat; l'ouverture vésicale resta close, mais mon

aiguille accrocha une anse d'intestin grêle qui doublait la cicatrice vaginale encore mince et incomplète, et c'est l'intestin qui devint fistuleux. J'attendis longtemps; puis, prenant le parti d'aider la nature, je fis une incision transversale, je reconnus la muqueuse de l'intestin grêle, je trouvai même, encore planté dans cette muqueuse, le crin de Florence auteur du méfait, et je refermai l'anse par une suture à trois étages qui tint parfaitement; la malade est complètement guérie.

Faisons maintenant l'analyse des cas heureux, jusqu'à présent du moins. Sur les 21 malades, j'en ai 16 bien portantes. Je ne dis pas 16 vivantes, ce qui ne signifierait absolument rien, comme je l'ai déjà établi; car ce n'est pas la mort, c'est le début même de la récidive qui marque l'insuccès thérapeutique. Ce qui est intéressant, je le répète, c'est la survie sans récidive.

Or, il y a cinq opérées du 2 mai au 10 octobre 1891, sur lesquelles je n'ose rien dire; mais les onze qui vont du 2 janvier 1890 au 31 janvier 1891 ont une réelle valeur, puisque la plus récente a huit mois de bonne santé, et la plus ancienne un an et dix mois (1). J'ai toujours vu la récidive débuter dans les six premiers mois; je n'ignore pas qu'il y en a de beaucoup plus tardives, mais le hasard fait que je n'en ai pas observé, et il est certain que, pour tous les auteurs, elles deviennent de plus en plus rares à mesure qu'on s'éloigne de cette période, et surtout de la première année. Si bien que, dans certaines statistiques, on appelle « guéries » les malades qui ont passé deux ans. J'ai donc le droit de dire que la plupart de mes opérées s'annoncent bien; et je ne puis oublier que, dans ma première série, j'ai trois femmes, sur un nombre total insignifiant, qui restent guéries depuis quatre ans et demie et cinq ans passés.

Il est intéressant d'examiner dans quelles conditions l'hystérectomie a été faite. Les deux plus anciennes avaient, comme je l'ai dit, du cancer jusque sur la muqueuse utérine; c'est bien à l'extirpation totale qu'elles doivent leur santé d'aujourd'hui. Sur les quatorze qui suivent, j'en trouve neuf chez qui le néoplasme occupait une des lèvres du col ou les deux, mais seulement à leur face interne ou dans leur moitié inférieure; ce sont là des cas favorables. Une dixième (10 octobre 1891) avait un cancer du corps bien nettement circonscrit; c'est peut-être la plus heureuse. En voici quatre un peu moins bien partagées : chez la première (13 février 1890), le tissu morbide était près des culs-de-sac, mais l'utérus avait une grande mobilité; chez la seconde (11 octobre 1890), la paroi vaginale était un peu touchée en arrière du col; chez la troisième (2 mai 1891), une grosse masse fongueuse affleurait le cul-de-sac vaginal en arrière et à gauche; chez la quatrième enfin (11 juin 1891), c'était le cul-de-sac latéral droit, mais la souplesse du ligament large paraissait entière. Dans ces derniers cas, la sûreté de l'opération et de ses suites immédiates était la même que dans les premiers; quant au résultat thérapeutique, il est le même depuis cinq, six, douze et vingt mois. Mais il faut remarquer surtout l'opérée du 6 novembre 1890, celle dont j'ai parlé tout à l'heure à propos des fistules. Son col était rongé,

(1) Je dois cependant faire une réserve au sujet d'une malade opérée le 17 juin 1890. Elle avait un petit bourgeon d'apparence épithéliale; l'histologie l'a d'abord déclaré tel, puis elle s'est ravisée, est demeurée dans le doute et nous y a laissés. Pareille mésaventure est arrivée plus d'une fois aux micrographes les plus habiles, dans les cas de lésions peu avancées. Je me résigne donc à avoir une malade dont la guérison ne pourra jamais être invoquée comme un argument sans réplique.

détruit au point que j'ai dû faire ma première incision sur la paroi vaginale. C'était un de ces cas où il y a toujours envahissement, peu ou prou; et je ne me souciais nullement d'y toucher, quand mes internes me firent remarquer la mobilité paradoxale de l'utérus. Le fait est que l'organe descendait à la vulve sans efforts, ce qui voulait dire, sans doute, que la propagation n'avait pas marché vers les ligaments larges. En effet, je trouvai cette propagation entre la vessie et l'utérus, doublant si bien la première que j'eus grand'peine à la disséquer; mais le reste de l'opération fut facile, et, depuis un an, la malade est aussi bien portante que les autres. Quoi qu'il arrive désormais, le bénéfice de mon intervention est acquis; l'opération a été bonne.

En présence d'un pareil fait, certainement plus rare que je ne le croyais il y a quelques années, je ne puis accepter aveuglément certaines critiques d'autrefois, ni admettre que les indications de l'hystérectomie vaginale sont toujours nettes et tranchées, ni blâmer ceux qui hésitent avant de condamner leur malade, ni considérer toujours comme une « dissection exploratrice » audacieuse et criminelle l'incision vaginale entreprise sur des présomptions favorables, et pouvant conduire, soit à une simple résection palliative, soit à une ablation radicale et heureuse comme la précédente.

Après tout ce qu'on a dit et écrit snr l'hystérectomie vaginale depuis quelques années, je ne crois pas utile de revenir, en guise de conclusion, sur les conditions requises pour que l'opération soit bonne, sur la nécessité d'un examen attentif et d'un diagnostic serré, non plus que sur les motifs qui m'ont déterminé à ne pas la proscrire, et que j'ai développés dans les pages qui précèdent. Mais je tiens à dire, en terminant ce chapitre, que l'hystérectomie vaginale me paraît en train de se réhabiliter parmi nous, si ce n'est déjà un fait accompli, non par des polémiques où dominent les raisons de sentiment et les questions personnelles, mais par le travail lent et consciencieux, par l'étude et l'accumulation des faits. M. Verneuil lui-même, par son opposition réfléchie et scientifique, n'aura pas peu contribué à cette évolution. Il nous a montré, sans indulgence, les côtés difficiles de la question et les incertitudes de la pratique; c'est un rôle bienfaisant qu'il ne reniera pas. Et, sans savoir dans quelle mesure il trouve légitimes nos opinions d'aujourd'hui, je suis bien sûr qu'il ne désapprouve pas nos efforts.

REVUE DES JOURNAUX

Sur la toux et les moyens employés pour la combattre. (*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.* — Le docteur James R. Crook, dans un travail sur ce sujet, a exprimé quelques idées qui nous paraissent avoir un intérêt pratique. D'abord, lorsqu'on vient nous réclamer des conseils pour la toux, il y a plusieurs points importants à résoudre. Quelle est d'abord l'origine de la toux? En second lieu, quelle est le degré de l'affection et, s'il s'agit d'une toux bronchique, quelle est la nature de la sécrétion? On doit prendre en considération la fonction de la toux; si celle-ci est inutile, il faut la combattre; on ne doit pas y toucher, au contraire, si elle est un acte naturel utile. Souvent la toux est inutile, parce qu'elle est sans effet; par exemple, au début de la bronchite, dans la bronchite chronique, dans la phthisie avec sécrétion de matières filantes, tenaces; elle est absolument inutile dans certains cas, comme dans la pleurésie non compliquée au début de la tuberculose. Les sédatifs sont alors indiqués et c'est au médecin à décider, dans un cas donné, ce qui est le plus utile, de la toux ou des séda-

tifs. Si l'on a recours aux moyens thérapeutiques, il ne faut pas oublier qu'un grand nombre d'entre eux sont sans effet, ont une saveur repoussante, déterminent de l'anorexie, de la dyspepsie, de la constipation, si on les emploie pendant quelque temps. Il ne faut pas oublier de prévenir les patients, le cas échéant, que la toux n'est pas une maladie, mais seulement un symptôme salutaire qui aide à leur établissement.

En ce qui concerne la toux nerveuse, M. Paul Raugé a récemment appelé l'attention sur les caractères de cette toux, sa coïncidence avec la chorée et la part que la volonté a dans sa production, au moins pour certaines formes de toux nerveuse. Dans ces cas, le traitement moral donne des résultats merveilleux. « Menaces et intimidation chez les enfants, raisonnements, efforts ne volonté chez les adultes, voilà les seuls moyens qui guérissent. » Quand aux moyens de traitement si divers, et dont leurs auteurs ont dit tant de bien, ils appartiennent à la thérapeutique suggestive. — P. N.

De la valeur des signes physiques fournis par le sommet des poumons, dans le diagnostic de la phthisie au début, par MM. Howard, Fussell et J. Hake-Adams. (*La Clinique.*) — Aucun médecin n'ignore combien est difficile le diagnostic de la phthisie au début; les signes qui la révèlent sont tellement délicats qu'ils passent facilement inaperçus. Une erreur inverse peut être commise; il est possible que des différences normales entre l'un et l'autre poumon soient prises pour des modifications pathologiques, et le diagnostic de phthisie commençante est porté, quand la poitrine est parfaitement saine. Il s'agit donc de déterminer, d'une façon aussi rigoureuse que possible, quelles sont les différences stéthoscopiques qui existent normalement entre le sommet droit et le sommet gauche des poumons. C'est ce à quoi tend le travail de MM. Fussell et Adams, basé sur 100 observations. Il est de connaissance vulgaire qu'au sommet du poumon droit, la résonnance de la voix et les vibrations thoraciques sont plus marquées qu'à gauche; on s'était moins préoccupé, jusqu'à présent, des résultats fournis par la percussion. Les observations des auteurs précités démontrent que, dans le plus grand nombre des cas, le son est d'une tonalité plus élevée à droite qu'à gauche. Voici les résultats auxquels ils sont arrivés : dans 11 cas sur 100, la percussion a été identique des deux côtés; soixante-neuf fois, la tonalité était légèrement plus élevée à droite ; dix-neuf fois, elle l'était d'une façon très évidente; dans une seule observation, la tonalité était plus élevée à gauche qu'à droite. MM. Fussell et Adams ont remarqué que les mêmes proportions étaient à peu près conservées, quand ils ont recherché les différences qui existaient entre les côtés droit et gauche, au point de vue des vibrations thoraciques et de la résonnance de la voix. On comprend donc, d'après ce qui précède, qu'il faudrait bien se garder de porter le diagnostic de phthisie au début, parce qu'on trouverait la tonalité plus élevée au sommet droit qu'au sommet gauche. Dans le cas de tuberculisation, on percevrait une diminution de la sonorité jointe à cette modification de la tonalité. Ce serait là, parfois, le seul signe qui permettrait d'affirmer le diagnostic et de différencier l'état pathologique de l'état de santé. A quoi attribuer cette modification de la tonalité à droite? Il semblerait, en effet, qu'elle dût plutôt se produire à gauche, où les vibrations vocales et la résonnance sont moindres. MM. Fussell et Adams pensent qu'il faut attribuer ce phénomène à la présence du foie, à la base du poumon droit, tandis que l'estomac remplit, vis-à-vis du poumon gauche, le rôle d'une caisse de résonnance. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 octobre 1891. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : Traitement des suppurations pelviennes par la méthode de Péan. L'hystérectomie vaginale.

M. Terrillon termine sa communication sur le traitement des suppurations pelviennes par le morcellement de l'utérus. Il a modifié son manuel opératoire, et actuellement il

ne laisse dans la plaie, sur les côtés de l'utérus, que une ou deux pinces qui suffisent pour arrêter l'hémorrhagie; cette dernière est très peu considérable lorsque l'on déchire les adhérences au lieu de les sectionner. L'hystérectomie vaginale convient surtout aux cas dans lesquels les suppurations sont anciennes, étendues, et lorsqu'il y a des fistules et des tissus indurés; elle est loin de devoir être employée toujours, car elle n'est pas sans danger et est souvent assez difficile.

M. Richelot est aussi d'avis que, dans les cas anciens, complexes, l'opération de Péan est préférable à la laparotomie. Chez une de ses malades, à laquelle il avait fait la laparotomie, il a dû refermer le ventre et, après avoir eu recours à l'incision vaginale de Laroyenne, arriver à faire l'hystérectomie.

Dans un cas, la laparotomie n'a permis à M. Reclus que d'enlever une partie d'une poche purulente; il a dû ultérieurement, pour guérir sa malade, faire l'hystérectomie. La fermeture rapide du fond du vagin, après l'opération, peut causer la rétention du pus. On peut l'éviter en faisant pénétrer profondément la gaze iodoformée au moment du pansement.

M. Bazy a constaté que les accidents consécutifs à l'hystérectomie ne sont pas très rares. Il peut rester des poches non ouvertes lorsque l'on rase de près l'utérus; il peut aussi se produire des tuméfactions consécutives. M. Péan lui-même aurait eu occasion de constater des suites fâcheuses.

M. Routier a dû, en faisant une hystérectomie vaginale, renoncer à enlever tout l'utérus, à cause de la friabilité de l'organe; il dut se borner à remplir ce qui restait de cavité avec la gaze iodoformée. Ultérieurement, il se produisit une fistule recto-vaginale dont la malade guérit facilement.

M. Terrillon admet parfaitement qu'il survient des accidents après l'hystérectomie vaginale.

— M. Richelot fait une communication sur le *traitement du cancer de l'utérus par l'hystérectomie vaginale.* (Voir l'*Union médicale* des 5 et 7 novembre.)

— M. Berger communique la statistique des opérations faites par M. Calot à l'hôpital de Berck-sur-Mer. Cent opérations graves n'ont donné qu'un décès.

De quelques nouvelles médications.

Sur les injections intra-veineuses d'eau salée dans le traitement des hémorrhagies, par le docteur O. Leichtenstern. (*Revue de thérap.*, 1891.)

Dans ce travail d'ensemble sur la question de la valeur thérapeutique des injections d'eau salée dans le traitement des anémies aiguës post-hémorrhagiques, l'auteur commence par établir le point de vue doctrinal. M. Leichtenstern se rallie à l'opinion de ceux qui pensent que les hémorrhagies graves peuvent entraîner la mort non seulement par la perte d'un certain nombre de globules rouges, mais par simple déperdition de liquide. Bref, indépendamment du facteur *fonctionnel*, il y a lieu de considérer le facteur *mécanique* dans le genre de mort dû à des hémorrhagies profuses.

La transfusion du sang serait le remède idéal, n'étaient les dangers et les difficultés auxquels se heurte sa mise en pratique. Ces dangers et ces difficultés n'existent pas pour les injections d'eau salée qui, dans certaines circonstances seulement, peuvent sauver la vie mise en péril par de grandes pertes de sang. L'injection d'eau salée n'agit pas seulement comme stimulant du cœur; elle agit aussi mécaniquement, en ce qu'elle introduit de nouveau dans les vaisseaux une quantité suffisante de liquide, et qu'elle rétablit ainsi le tonus vasculaire; peut-être aussi son action salutaire tient-elle à ce que les organes sont préservés d'une déperdition trop grande de sucs parenchymateux.

M. Leichenstern a eu recours aux injections intra-veineuses d'eau salée dans huit cas d'hémorrhagies intestinales graves et dans neuf autres cas d'anémie aiguë post-hémor-

rhagique. Si le remède n'a pas toujours empêché le dénouement fatal, du moins il a eu pour effets constants de relever l'énergie du cœur, d'améliorer les conditions circulatoires, de rappeler à la connaissance les malades plongés dans le coma. Dans quelques cas, l'injection d'eau salée a été suivie de l'apparition d'une glycosurie passagère. Une fois aussi cette pratique a exercé une action antipyrétique très puissante.

Les injections ont été faites sous une pression de 1/4 à 1/2 mètre de colonne d'eau, et de telle sorte qu'il s'écoula de vingt-cinq à trente minutes pour faire pénétrer de 1/2 à 1 litre de liquide. La quantité d'eau salée nécessaire pour produire l'effet voulu est estimée par Leichtenstern à 1,000-1,500 centimètres cubes de liquide en moyenne; quantité minima, 500 à 800 c. c. Les injections pratiquées par l'auteur n'ont jamais entraîné de suites fâcheuses. — P. N.

Ferro-chlorhydrate de quinine hémostatique. (*Les Nouveaux remèdes*, 1891.)

Le ferro-chlorhydrate de quinine, en usage externe, serait, d'après Kersch, doué des mêmes propriétés coagulantes que le perchlorure de fer, auquel il est supérieur en ce qu'il n'est nullement caustique; même appliqué sur des plaies récentes, il n'occasionne pas de douleur. — P. N.

Créoline en lavements contre la dysenterie, la diarrhée séreuse, l'entéro-colite et la colite. (*Les Nouveaux remèdes*, 1891.)

Les résultats obtenus dans tous les cas par Edward W. Watson furent on ne peut plus favorables; même dans les cas les plus sérieux et opiniâtres, le flux intestinal se régularise, devient moins fréquent et pressant, et les symptômes alarmants disparaissent rapidement. Dans la grande majorité des cas, il suffit d'un seul lavement à l'eau créolinée (0,50 p. 100 pour les adultes et 0,25 p. 100 — 0,5 p. 100 pour les enfants) pour couper court à la diarrhée la plus rebelle. L'auteur n'a jamais observé de phénomènes secondaires fâcheux. — P. N.

Chloralamide comme calmant dans les derniers stades des affections cardiaques. (*Les Nouveaux remèdes*, 1891.)

Chez une cardiaque à la dernière extrémité chez qui les injections hypodermiques de morphine n'étaient plus suivies que d'une accalmie peu prononcée, J.-A. Patterson eut recours en désespoir de cause au chloralamide. Il débuta par des doses de 0 gr. 80 de chloralamide tout en diminuant de proportion la morphine. Il est vrai que l'issue fut fatale; mais, en tout cas, la malade fut calmée par le chloralamide, dormit mieux et plus tranquillement qu'à la suite des injections, et la position horizontale ne lui causa plus autant de souffrances qu'auparavant, le pouls devint plus énergique. Aussi l'auteur recommande-t-il le chloralamide comme calmant dans tous les cas semblables.

P. N.

FORMULAIRE

Gargarisme contre la stomatite diphthéritiques. — Descroizilles.

Quinquina rouge	10 grammes.
Eau	138 —

Faites une décoction.

Roses rouges	3 —
Eau bouillante	150 —

Faites infuser, réunissez à la décoction de quinquina, et ajoutez :

Teinture de myrrhe	4 grammes.
Acide chlorhydrique	VI gouttes.

Pour un gargarisme à employer dans le cas de stomatite diphthéritique ou gangréneuse. — N. G.

COURRIER

Association de l'Ecole dentaire de France. — La séance d'ouverture des cours de l'Association de l'Ecole dentaire de France a eu lieu le vendredi 6 novembre, sous la présidence de M. Paul Jacquemart, inspecteur général de l'enseignement technique, délégué de M. le ministre du commerce, de l'industrie et des colonies.

— Le samedi 5 décembre 1891, à une heure et demie, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration de l'assistance publique, à l'adjudication au rabais et sur soumissions cachetées, en 58 lots, des fournitures de substances pharmaceutiques et produits chimiques nécessaires au service de la pharmacie centrale des hôpitaux pendant l'année 1892.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au secrétariat général de l'Administration, avenue Victoria, n° 3, tous les jours non fériés, de onze heures à quatre heures.

Hôpitaux de Bordeaux. — Les concours de l'internat et de l'externat se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes : MM. Aunis, Rocaz, Breffeil, Riffé, Labrunie, Donadieu, Jonchères, Chavanaz, Lafarelle, Jaulin.

11. Vitrac, Brunet, Levraud, Frèche, Fieux, Vergely, Brindel, Dubourg, Castets et Roy.

Externes : MM. Teynac, Beille, Chaminade, Crozet, Grimard, Viguier, Baudry, de Lavigne, Lalanne, Verdelet.

11. Massiou, Cabanne, Gourdon, Faugère, Parrain, Antoine, Jourdran, Jolis, Mille, Bartet.

21. Bousquet, Vanchangel, Pelletier, Quinson, de Boucaud, Houillon, Mourie, Detchard, Liffran, Vergez.

31. Balhadère, Jurquet, Dubourdieu, Tocheport, Bourlaux, Castaing, Laroche de Féline, Mahon, Baradat, Barailhaud.

41. Ziégler, Carrère, Labat, Verliac, Oudard, Saint-Pé, de Manny, Ginestous, Lizé et Gamaury.

Asile Sainte-Anne. — M. Magnan reprendra, dans l'amphithéâtre de l'Admission, ses leçons cliniques le dimanche 8 novembre 1891, à dix heures du matin, et les continuera les dimanches et mercredis suivants à la même heure. — Les conférences du mercredi seront consacrées à l'étude pratique du diagnostic de la folie. Les leçons auront pour objet, cette année, la folie des héréditaires dégénérés (délires et syndromes épisodiques).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Nicolle (de Bayeux), Ripoll (de Toulouse).

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Le chimisme stomacal et le traitement des maladies de l'estomac.

MM. Dujardin-Beaumetz, Hayem et J. Winter viennent de publier deux ouvrages importants sur les maladies de l'estomac. Dans l'un, MM. Hayem et J. Winter (1) étudient le chimisme stomacal, la digestion normale et la dyspepsie; dans l'autre, le savant médecin de l'hôpital Cochin expose dans tous ses détails le traitement des maladies de l'estomac (2). Un résumé rapide de ces deux œuvres mettra nos lecteurs à même de se rendre compte des récents progrès de nos connaissances sur les affections stomacales.

I

MM. Hayem et Winter se servent, pour leurs analyses, d'un procédé spécial qu'il convient d'abord d'exposer et qui est d'une grande exactitude. On filtre le liquide stomacal et on en prélève trois fois 5 centimètres cubes que l'on met dans trois capsules : *a*), *b*), *c*). Dans la capsule *a*), on introduit un excès de carbonate de soude et on dessèche les trois capsules en bain-marie. Ensuite *a*) est portée progressivement au rouge naissant, le contenu étant fréquemment remué à l'aide d'un agitateur et on cesse de chauffer dès qu'il n'y a plus de points en ignition et que la masse devient pâteuse. Après refroidissement, on ajoute de l'eau distillée et un peu d'acide nitrique pur en excès, on fait bouillir pour chasser l'acide carbonique et on ramène à une très légère alcalinité par du carbonate de soude pur; la précipitation à chaud de sels calcaires indique que la limite est atteinte. Après filtration et lavage du résidu à l'eau bouillante, on réunit les liqueurs et l'on dose le chlore par la liqueur déci-normale d'argent. Le nombre trouvé et exprimé en acide chlorhydrique représente tout le chlore contenu dans le liquide primitif.

On laisse *b*) sur le bain-marie pendant une heure, puis on y verse un excès de carbonate de soude et l'on évapore de nouveau pour achever comme ci-dessus.

Le nombre fourni par *b*) représente tout le chlore, moins l'acide chlorhydrique libre; $a-b=\text{HCl}$ libre.

Après dessèchement de *c*), on calcine avec ménagement en évitant toute surélévation de température. Après refroidissement, on achève de la même manière que précédemment et on obtient le chiffre des substances fixes;

(1) *Du chimisme stomacal*, par G. Hayem et J. Winter. — Paris, Masson, 1891.

(2) *Traitement des maladies de l'estomac*, par le docteur Dujardin-Beaumetz. — Paris, O. Doin, 1891.

$b - c$ indique le chlore combiné aux matières organiques et à l'ammoniaque.

Cette méthode fournit le chlore total et les chlorures fixes directement; l'HCl libre et l'HCl combiné par différence.

1° *Chlore total* (T). — Il subit, aux différentes heures de la digestion, des variations d'une grande régularité. En premier lieu, il augmente pendant la durée d'une première période, cet accroissement n'étant pas, du reste, proportionné au temps; la durée de cette période dépend de l'espèce animale, des individus, et surtout de la nature du repas. Avec le même repas, on obtint, dans deux expériences successives, des nombres très voisins pour un même moment de la digestion. Quel que soit le repas, le phénomène est d'autant plus rapide que ce repas est plus léger. C'est pendant la première heure que la rapidité de l'accroissement du chlore est la plus grande. Le maximum du chlore s'observe dans le cours de la deuxième heure, quand on fait prendre un repas peu abondant (un quart de litre de thé, 60 gr. de pain); son apparition est retardée, quand le repas est plus copieux. Ensuite, le chlore décroît plus ou moins rapidement.

2° *Chlore fixe* (F). — Il peut provenir des aliments seuls ou des aliments et des sécrétions. Dans le premier cas, on trouverait immédiatement un chiffre maximum. Dans le second cas, le chlore fixe augmenterait, à moins qu'il ne se transformât par la digestion; il y aurait alors d'autres combinaisons chlorées.

C'est la seconde éventualité qui se réalise. Quand on introduit dans l'estomac de chiens fistulés et à jeun une certaine quantité d'eau distillée, la digestion de cette eau s'accompagne d'un accroissement rapide non seulement du chlore total, mais aussi du chlore fixe. Quand on donne des aliments à la fois solides et liquides, la digestion peut être divisée en deux périodes. Pendant la première, le chlore total s'accroît plus rapidement et le chlore fixe tend vers une certaine limite autour de laquelle il oscille. Plus tard, le chlore total arrive à son maximum et diminue, tandis que le chlore fixe s'élève et subit, par conséquent, une variation inverse de celle du chlore total Au début de la digestion, le chlore total l'emporte donc de beaucoup sur le chlore fixe, et la différence est d'autant plus grande que le repas est plus solide. Cette différence dépend, en outre, des conditions individuelles.

3° *Acide chlorhydrique libre* (H). — L'HCl libre manque souvent dans le liquide gastrique et, lorsqu'il y existe, ses proportions sont très irrégulières. On ne peut donc baser des recherches cliniques sur le dosage de l'acide libre.

4° *Acide chlorhydrique combiné organique* (C). — Ses variations sont très régulières et, quand le repas d'épreuve est mixte, elles se produisent parallèlement à celles du chlore total. Quand on n'a donné que de l'eau distillée, C s'accroît peu ou reste même presque nul.

5° L'*acidité* (A) est toujours très supérieure à l'HCl libre dans la digestion normale de l'homme; de plus, elle est très voisine de la somme (H + C). Cette constatation conduit à admettre que le liquide stomacal est acidifié par l'HCl combiné. Après un repas mixte chez le chien, le maximum de A correspond au maximum des éléments chlorés, mais la décroissance de l'acidité est moins rapide que celle de ces mêmes éléments; il y a donc, dans ce cas, à la fin de la digestion, d'autres éléments acides que H et C, éléments dont la nature n'est pas connue.

C'est donc une grande faute de considérer l'acidité totale comme due à l'HCl libre essentiellement; elle dépend à la fois : 1° de cet acide qui manque souvent; 2° de l'HCl combiné aux matières albuminoïdes; 3° des acides organiques; 4° d'une petite quantité de phosphates; les quantités 1, 3, 4 ne représentent que la plus petite partie de l'acidité, dont la plus forte revient à l'acide chlorhydrique combiné aux matières albuminoïdes en solution; 4° dans du jus de viande obtenu par expression et déjà acide, on verse une proportion connue et pas trop forte d'HCl; au bout de très peu de temps, les réactions colorantes de ce dernier ne se produisent plus; le liquide, évaporé à 100, 110°, ne laisse plus échapper d'HCl, etc. MM. Hayem et J. Winter pensent que l'albumine dissoute dans le suc gastrique s'y trouve à l'état de chlorhydrate d'acides amidés de formule générale $R < {}^{Az\,H^2\,HCl}_{CO\,H}$.

Si on admet que l'HCl combiné existe dans le suc gastrique sous la forme de sels d'acides amidés, l'acidité (A) du suc gastrique, — l'HCl libre (H), doit être égale à l'HCl combiné (C) lorsqu'il n'y a pas d'autre acide. C'est-à-dire que l'on aura $\frac{A - H}{C} = 1$. Ce rapport (α) sera plus grand que 1, quand, à côté de l'acide chlorhydrique, il y aura des acides organiques; il sera plus petit que 1 chaque fois que l'HCl combiné ne sera pas exclusivement sous la forme de chlorhydrates d'acides amidés (chlorure d'ammonium, chlorhydrates d'acides organiques destructibles par la chaleur). Chez l'homme, à l'état physiologique, le rapport α est assez constant.

En résumé : « L'estomac est, pendant la digestion, le siège de phénomènes chimiques évoluant d'une manière régulière. La rapidité de cette évolution est d'autant plus grande que le repas est plus simple et plus en rapport avec les aptitudes digestives de l'espèce animale considérée. Elle se traduit chimiquement par des variations des éléments chlorés, parmi lesquels l'HCl libre, H, est, au point de vue quantitatif, de beaucoup le plus faible, tandis qu'au contraire le chlore combiné organique se présente comme la valeur la plus importante à considérer dans l'appréciation du travail utile fourni par l'estomac pour un repas mixte déterminé. »

Quand on fait plusieurs analyses du suc gastrique chez un même animal, toutes les conditions étant identiques, on voit de suite que les résultats sont très constants. Cette constance de toutes les valeurs indique qu'elles sont toutes des facteurs actifs de la digestion intra-stomacale. On doit regarder F comme une sécrétion ou du moins comme le produit direct d'éléments sécrétés sous l'influence de la simple excitation amenée par l'eau distillée. Mais F et ses facteurs ne suffisent pas pour peptoniser les éléments albuminoïdes et des agents multiples interviennent dans l'acte digestif. Au début d'une digestion physiologique d'un repas mixte, F tend à ne pas s'élever au-dessus d'une certaine limite peu variable; donc, en comparant, Na et Cl sont utilisés dans une autre forme à l'élaboration des aliments pendant cette période. Mais, à l'état pathologique, F peut augmenter ou diminuer beaucoup; on peut admettre alors soit une utilisation insuffisante des éléments chlorurés sécrétés, soit une sécrétion insuffisante. Cela revient à dire que F, à l'état pathologique, n'est pas utilisé comme à l'état normal, et qu'on doit attribuer la différence à l'augmentation ou à la diminution d'autres agents. Quelle que soit la forme sous laquelle sont utilisés les chlorures fixes, leur chlore est toujours compris dans la somme T; le chlore total peut donc servir à la mesure de la sécrétion chlorhydrique

et T est une valeur importante; toutes choses égales, elle ne varie que peu à l'état physiologique; mais T peut varier avec le repas d'épreuve.

L'utilisation de chlorures fixes se traduit pendant la digestion par l'augmentation de l'HCl combiné ou libre; (H + C) est bien l'expression algébrique du pouvoir de réaction chimique de l'estomac. Cette somme est appelée *chlorhydrie* par MM. Hayem et J. Winter. La part importante, nous l'avons déjà vu, revient à C avec un repas d'épreuve composé de solides et de liquides; il reste alors petit ou nul. Chez l'homme sain, après le repas d'épreuve, il y a toujours une certaine quantité d'HCl libre, et, toutes choses égales, cette quantité est peu variable et son rapport avec C est constant, comme nous l'avons vu. C'est cette constance de la somme (H + C) et du rapport de H à C dans les conditions normales qui doit servir de base pour l'examen et le classement des liquides pathologiques.

La présence de H n'est pas indispensable à une digestion normale, peut-être est-il utile comme antifermentescible; son absence ne doit pas faire conclure que la digestion est anormale, car il peut disparaître au fur et à mesure du besoin et entrer en combinaison immédiate avec les matières albuminoïdes. Ce ne sont que des modifications dans les autres facteurs qui peuvent révéler un chimisme stomacal altéré. L'excès de cet acide libre est seul à mesurer.

Les matières albuminoïdes, pour devenir des peptones, deviennent d'abord des combinaisons chlorhydriques; l'HCl résulte d'une réaction sur place, et pour connaître la quantité totale d'HCl utile ou utilisable (H + C), on est obligé de doser au préalable le chlore total et le chlore fixe. Pour estimer l'intensité de la peptonisation, il faut doser C et (H + C); on obtient ainsi une mesure indirecte des peptones, car la quantité de peptone formée est directement proportionnelle à l'intensité des réactions digestives. Généralement les valeurs de C élevées corespondent à des réactions du biuret (peptones) fort nettes; quand H est très élevé, C restant normal ou faible, la réaction de biuret est généralement aussi très intense.

A et (H + C) ont une équivalence assez rapprochée, ce qui s'explique, nous l'avons vu plus haut, par l'existence d'acides amidés dans le suc gastrique. A l'état pathologique, on constate de nombreuses exceptions à cette loi de l'équivalence. En effet, un certain nombre de conditions peuvent faire varier l'acidité, par exemple la nature des aliments, les fermentations anormales du contenu de l'estomac. Les variations de α permettent d'apprécier la valeur et le cours de ces perturbations du processus normal.

MM. Hayem et J. Winter pensent que le chlorure de sodium intervient directement dans l'acte primordial de la peptonisation. « L'HCl libre ne sera alors qu'une production secondaire consécutive à la peptonisation totale ». A l'appui de cette idée, ils invoquent la constance de F pendant toute la période digestive maximum et l'accroissement de cette valeur pendant la deuxième phase. Les composants de F (Cl et Na) agissent chacun pour sa part, et, leur travail terminé, se retrouveraient dans la forme primitive de Na Cl. Dans cette hypothèse, tant qu'il y a de la matière albuminoïde à digérer, cet Na Cl régénéré recommence le même cycle jusqu'à ce que, l'aliment manquant, il devienne inutile. C'est ainsi qu'une quantité minime de chlorure peut suffire à la transformation d'une quantité considérable de matière albuminoïde.

Voici les chiffres moyens des différentes valeurs obtenues au bout d'une

heure. Ils sont exprimés en milligrammes d'acide chlorhydrique chez l'homme, et pour 100 centimètres cubes :

Acidité totale........................	A = 189 p. 100 (peut osciller, en restant normale, de 180 à 200).
Chlore total...........................	T = 321.
Chlore fixe............................	F = 109.
Chlore combiné.........................	C = 168 (oscille entre 155 et 180).
Acide chlorhydrique libre.............	H = 44 (oscille de 25 à 50).
	H + C = 212.

La valeur « est, en moyenne, de 0,86 et varie entre 0,80 et 0,92.

Un mot, avant de passer aux déductions pathologiques de MM. Hayem et J. Winter, sur le repas d'épreuve et l'extraction du contenu stomacal. Les auteurs ont choisi le repas d'Ewald, un quart de litre de thé noir, sans sucre ni crème, et 60 grammes de pain rassis. On donne ce repas le matin, en s'assurant d'abord que l'estomac est vide et on l'extrait au bout d'une heure sans addition de liquide (par expression) en comptant le temps à partir du moment où le repas est commencé. Il se peut que l'estomac renferme le matin une certaine quantité de sécrétion aqueuse et muqueuse avec des parcelles alimentaires provenant du dernier repas. Quand on le peut, on doit vider l'estomac à l'aide de la sonde et examiner par l'analyse le liquide obtenu. Dans ce cas, le repas d'épreuve ne sera administré qu'après un lavage avec de l'eau bouillie et refroidie à 30° degré suivi d'un repos de une heure et demie à deux heures.

On peut se servir d'un tube Faucher n° 1 ou d'une sonde de Debove. L'instrument étant introduit, on fait tousser le malade et le liquide gastrique est rejeté en dehors; il faut, autant que possible, retirer tout le contenu de l'estomac.

Quelquefois l'estomac dilaté renferme une assez grande quantité de liquide et cependant on ne peut rien faire sortir par la sonde ; on chargera alors l'instrument avec une seringue qui sert à aspirer, ou bien on pratiquera avec les doigts, sur la partie externe de la sonde, des frictions produisant un effet de pompage. Dans certains cas, l'estomac ne contient, une heure après le repas d'Ewald, qu'un peu de liquide spumeux; il faudra répéter les tentatives d'évacuations plusieurs jours afin d'être sûr de la persistance de l'anomalie.

Une fois le liquide extrait, on notera sa quantité, sa couleur, son odeur, puis on le laissera en repos dans un vase; il se sépare alors en plusieurs couches dont il faut noter les caractères. Puis on filtrera le liquide gastrique qui passera très lentement s'il y a du mucus en quantité notable. Ce dernier sera recherché dans une petite portion de la couche supérieure du liquide reposé avant la filtration. Un peu du filtrat servira pour la recherche des peptones et des réactions colorées. *(A suivre.)*

Rétrécissement de la tricuspide. — Souffle au deuxième temps.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 25 juillet 1891,

Par P. Duroziez.

Dans le rétrécissement de la tricuspide, ce n'est pas le roulement diastolique que l'on entend comme à la mitrale. C'est un souffle, parfois sibilant, analogue à celui de l'insuffisance aortique. On n'est pas étonné que le bruit

prenne une autre forme qu'à la mitrale, les conditions n'étant pas les mêmes. A la mitrale, le sang n'a que la pression des veines pulmonaires; à la tricuspide, le sang a la pression des veines caves. Dans les jugulaires, le bruit a la forme soufflante au deuxième temps; rien d'étonnant qu'à la tricuspide, le bruit ait aussi la forme soufflante. Nous avons déjà insisté sur ce point, nous y revenons.

Chez la femme Wolff, 27 ans, nous avons diagnostiqué ferme le rétrécissement tricuspidien. Il a été trouvé.

Le 6 avril 1861. — Nous notons : pouls très petit, un peu irrégulier et un peu inégal. Cœur gros. Rythme de rétrécissement mitral. Souffle piaulant au deuxième temps, sternal. Pas de double souffle crural. Jugulaires distendues.

Le 9. — Pouls veineux. Cœur très gros. Développement des cavités droites. Souffle piaulant au deuxième temps au niveau des cavités gauches. Pouls irrégulier, inégal. Pas de double souffle crural.

Le 11. — Souffle au deuxième temps, sibilant. Dilatation des cavités droites. Veines jugulaires turgides. Ronflement au deuxième temps à la mitrale. Frémissement au deuxième temps. Pas de double souffle crural. Je pense au rétrécissement de la tricuspide.

Le 13. — Pouls irrégulier, inégal. Gonflement remarquable des jugulaires qui ressemblent aux artères de l'insuffisance aortique; elles battent et restent toujours pleines. Soulèvement du sternum. Matité sous les cartilages costaux droits. Au premier temps, souffle sourd. Au deuxième temps, souffle sibilant, piaulant, ayant son maximum d'intensité au scrobicule. Le second souffle s'étend sur tout le ventricule droit. A gauche, magnifique frémissement au deuxième temps répondant à un ronflement qui se prolonge pendant tout le deuxième temps. Pas de vestige de double souffle crural. J'admets toujours le rétrécissement de la tricuspide en dehors du rétrécissement mitral.

Le 21 mai. — Pas de double souffle crural. Souffle au deuxième temps au niveau de la moitié inférieure du sternum. Rythme de rétrécissement mitral à gauche. Jugulaires distendues.

Le 24. — Pas de double souffle crural. Souffle sternal sibilant au deuxième temps. Au niveau de la tricuspide, double bruit un peu rude, le deuxième couvert par le souffle qui semble se rapporter à l'orifice aortique.

Je revois cette femme à la Pitié en janvier 1862. Le rétrécissement tricuspidien est toujours net. Le pouls est petit, un peu irrégulier et inégal. La gêne de la respiration n'est pas considérable. Le teint de la figure est violâtre. Les mains ne sont pas œdématiées. Ascite. Les jugulaires sont énormes et battent. Pouls veineux typique. Matité à droite du sternum. Double frémissement fin à droite comme à gauche. Mêmes phénomènes stéthoscopiques à droite et à gauche, c'est-à-dire souffle au premier temps, ronflement au deuxième temps. Au niveau de l'orifice aortique, souffle au deuxième temps d'insuffisance aortique. (A l'autopsie, on n'a pas trouvé d'insuffisance aortique.) Pas de double souffle crural.

Je retrouve cette femme le 2 mai et je persiste dans mon diagnostic. L'état de la malade est encore passable; elle ne se plaint pas trop. Depuis un mois, on a fait quatre fois la paracentèse et le ventre est déjà gros. La malade se tient presque couchée. La figure est modérément cyanosée, à peine bouffie. Les jambes sont œdématiées et deviennent énormes quand la malade se lève. Le pouls est à peu près régulier, 60 à 72, petit. Le cœur est très gros, s'étend, à droite, sous les cartilages costaux. Il bat peu; on voit mal les mouvements. La main sent du frémissement au niveau des cavités gauches. Le frémissement des cavités droites est difficile à percevoir. A gauche, on trouve le rythme du rétrécissement mitral, sans souffle aigu. Au niveau de l'orifice aortique, on perçoit un double souffle; la deuxième partie du souffle a son maximum vers l'épigastre, où il prend un timbre aigu sans être piaulant. Pas de double souffle crural; au niveau de l'aine, on entend un choc. Il passe très peu de sang. Le choc est probablement veineux. Le souffle du premier temps prend son maximum d'intensité sous les cartilages costaux droits; souffle d'insuffisance tricuspidienne.

Vers la fin de juillet 1862, la malade meurt dans le service de Béhier. M. Bouchard, alors externe, a fait l'autopsie. Il a trouvé, outre le rétrécissement mitral, le rétrécissement tricuspidien permettant à un doigt de passer. Il n'a rien constaté à l'orifice aortique.

Chez la femme Meunier, 38 ans, nous constatons, à l'autopsie, le rétrécissement mitral, le rétrécissement tricuspidien et des sigmoïdes aortiques un peu épaissies, mais très probablement suffisantes. Le pouls crural est simple. On entend un souffle en jet de vapeur sur toute la partie du cœur découverte, s'étendant à droite, souffle filé prolongé, suivi d'un souffle moins fort, à peu près de même nature, sous le sternum. A gauche, parfois des claquements décomposés, parfois un double souffle. Le second souffle ne va pas toujours rejoindre le prémier. Ce n'est pas le rythme typique du rétrécissement mitral; on entend cependant un triple et un quadruple claquement. Le souffle ne se retrouve pas en arrière où on n'entend que le triple ou le quadruple claquement. Pouls 52, régulier, étroit, petit. Peu de sang dans les crurales. Pas d'impulsion des radiales. Un peu d'œdème des jambes ces jours derniers.

Onze jours plus tard : Pulsation simple de la crurale. Double souffle superficiel, surtout sous le sternum. Premier souffle sibilant, déchirant, à maximum large, depuis la pointe, sur le ventricule droit, au niveau du sternum et de l'épigastre. Second souffle moins intense, à maximum vers l'épigastre, par endroits aussi intense que le premier. Ces souffles sont si réguliers qu'on dirait qu'ils se passent dans des vaisseaux, mais ils sont larges, étalés et ne peuvent correspondre qu'à la tricuspide. Il faut appuyer un peu la tête pour bien les entendre. Les claquements sont assez nets à distance. A la pointe, rythme du rétrécissement mitral. Timbre complètement différent entre les râpements de la pointe et les souffles superficiels du sternum. Pas d'œdème. Pas d'essoufflement. Peu de chose aux chevilles quand elle fatigue. Pouls 56, régulier.

Chez la femme Pels, 40 ans, l'orifice aortique est sain. Le bruit râpeux du deuxième temps remonte vers l'orifice aortique.

Nous voulons plutôt avertir que donner des conclusions fermes. Peut-être un certain nombre de rétrécissements de la tricuspide échappe parce qu'on les confond avec l'insuffisance aortique, qui souvent vient compliquer le rétrécissement mitral.

REVUE DES JOURNAUX

De l'atrophie glandulaire de l'estomac. (*Archives médicales belges*, 1891.) — Parmi les sujets qui souffrent de troubles digestifs, on en trouve dont la maladie reste rebelle à toutes les médications, et qui arrivent progressivement à présenter tous les signes du dépérissement le plus absolu ; il y aura lieu de rechercher alors si on n'a pas affaire à une maladie spéciale de l'estomac, sur laquelle le professeur Nothnagel vient d'insister dans une de ses leçons cliniques.

Il s'agit de l'atrophie glandulaire de l'estomac dont l'auteur distingue quatre formes anatomiques : celle qui accompagne le cancer de l'estomac, une autre qui succède à la gastrite catarrhale, une troisième qui s'accompagne d'un amincissement des parois de l'estomac, enfin une dernière avec épaississement des parois.

Pour les deux dernières formes, il n'y a pas d'étiologie connue.

Pour le diagnostic, l'absence d'acide chlorhydrique libre dans les matières vomies ou dans le contenu de l'estomac est décisif.

En réalité, on constate aussi le défaut d'acide chlorhydrique dans le carcinome, mais ce n'est alors qu'un état secondaire; en effet, dans certaines variétés du cancer, comme le squirrhe du pylore, de l'utérus, de la mamelle, les glandes s'atrophient.

Lorsque les glandes à suc gastrique disparaissent, il va sans dire que l'acide chlorhydrique libre cesse d'apparaître, mais l'absence d'acide chlorhydrique n'indique pas la présence d'un carcinome, d'autant plus qu'il y a des cas de cancer stomacal dans les-

quels on trouve de l'acide chlorhydrique; lorsqu'on peut exclure le cancer et qu'il y a absence d'acide chlorhydrique, il faut donc songer qu'il y a des cas de disparition des glandes à pepsine, d'atrophie glandulaire simple de l'estomac.

Chez le sujet qui a fait l'objet de la leçon du professeur Nothnagel, il n'y avait pas de tumeur; il n'y avait pas eu de vomissements à l'origine du mal; il n'y avait pas de douleur; la maladie durait depuis longtemps, chose importante pour le diagnostic, le cancer de l'estomac dépassant difficilement trois ans.

Il est vrai qu'une des formes anatomiques de l'atrophie glandulaire de l'estomac, celle qui s'acccompagne de l'hyperplasie du tissu cellulaire de l'organe tout entier, était souvent confondue autrefois avec le carcinome, à cause de l'épaississement considérable des parois de l'estomac.

L'atrophie glandulaire de l'estomac, affection qui n'est pas reconnue depuis longtemps, est d'un pronostic fort grave; on n'a aucun moyen d'arrêter les progrès du mal.

La thérapeutique doit se borner ainsi à soutenir les forces par une nourriture convenable. On donnera de l'acide chlorhydrique (quatre à six gouttes plusieurs fois par jour) immédiatement après le repas et de la pepsine pour suppléer les sucs digestifs; on ajoutera aux aliments une proportion plus considérable d'amylacés afin d'améliorer la nutrition, ces substances subissant surtout leurs transformations dans les intestins.

Si l'alimentation par la bouche devient insuffisante, on aura recours à l'alimentation par le rectum (lavements nutritifs de peptone, etc.) — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 novembre 1891. — Présidence de M. Tarnier.

Gangrène produite par les injections d'antipyrine. — M. Verneuil a vu, dans deux cas, des injections d'antipyrine, faites au pied, être suivies de gangrènes. Le premier fait se rapporte à un homme de 39 ans, de santé parfaite, qui fut atteint de névrite traumatique du membre inférieur gauche. Les douleurs occupaient surtout les orteils et on dut faire une injection avec une solution d'antipyrine. Ce traitement fut suivi de la gangrène des orteils et les douleurs persistèrent; actuellement, les eschares sont tombées, mais le malade a présenté pendant quelque temps un état général très grave. Dans le second cas, il s'agissait d'une gangrène symétrique des extrémités; une injection d'antipyrine faite au niveau du gros orteil fut suivie de l'apparition d'une plaque de sphacèle. Du reste, ultérieurement, de la gangrène se montra au pied opposé sans qu'il y ait eu d'injection.

Gley a vu l'injection d'antipyrine entraîner la gangrène chez un chien diabétique.

M. Dujardin-Beaumetz pense que toute autre injection aurait produit les mêmes accidents chez les malades de M. Verneuil; en effet, l'accident peut survenir toutes les fois que la nutrition des tissus est troublée.

Gaz du rein. — M. Le Dentu a eu occasion de faire faire l'analyse de gaz contenus dans un rein qu'il a présenté à l'Académie le 10 mai. Le volume de ces gaz était de 8 c. c. 16 et ils se composaient de : oxygène et azote, 92,16 p. 100; acide carbonique, 7,84 p. 100.

Il est probable que ces gaz provenaient du sang, bien que ce mélange soit dans des proportions spéciales.

Cornet à chloroforme. — M. Bérenger-Féraud vante l'emploi du cornet à chloroforme utilisé dans la marine française. Depuis 1856, il n'y a eu que 4 cas de mort avec l'usage de ce cornet. Pendant une pratique de quarante années, M. Béranger-Féraud n'a jamais vu survenir d'accidents.

Société de dermatologie et syphiligraphie (Juillet 1891).

Excision du chancre syphilitique. — M. Jullien rapporte deux cas d'excision du chancre syphilitique qui présentent deux types bien différents, bien que recueillis en des conditions en apparence identiques.

Le premier a trait à un étudiant dont la maîtresse était syphilitique. Des démangeaisons parurent le 22 décembre; le 27, une papule survint; le 30, elle était recouverte d'une croûtelle, et M. Jullien l'excisa. La plaie, fermée par trois points de suture, se réunit primitivement; mais, au quinzième jour, une induration la doubla, et, au cinquante-cinquième jour, apparaissait une papule cuivrée.

Dans le second cas, M. Jullien enleva un chancre au treizième jour de son apparition; il était rond, à fond couenneux, à base indurée, et il y avait un petit ganglion; aucun accident ultérieur ne fut observé.

Que conclure? M. Jullien connaît parfaitement les objections qui peuvent être faites : caractères indécis de l'ulcère, adénite douteuse, extirpation tardive, défaut de confirmation ultérieure, durée trop courte de l'observation. On voudra bien cependant ne pas oublier : 1° que si les partisans de l'excision se trouvent en présence d'un chancre parfaitement confirmé avec ganglion décisif, ils s'abstiennent; 2° que, lorsqu'ils sont assez heureux pour juguler l'infection, ils enlèvent par cela même tout critérium de démonstration. On objecte les cas de chancres non suivis de lésions secondaires, les incubations secondaires indéfiniment prolongées, et, finalement, on renvoie aux tertiaires. M. Jullien n'a pas la prétention, d'ailleurs, d'avoir présenté un de ces cas heureux qui forcent la conviction, d'autant plus que, s'il croit aux succès incontestables, il ne pense pas qu'il y en ait d'incontestés.

M. Humbert a fait l'excision de douze chancres syphilitiques; onze de ces malades ont eu des accidents secondaires; un seul cas est resté indemne, et, depuis deux ans et demi, l'immunité ne s'est pas démentie. Le diagnostic n'était d'ailleurs pas douteux. Malgré ce succès isolé, M. Humbert ne croit pas à l'efficacité de la méthode abortive, et, cela pour diverses raisons.

D'abord, quand faut-il exciser? Le plus tôt possible, dit-on; mais il est des excisions extrêmement précoces qui n'ont nullement prévenu l'infection, tandis qu'au contraire elle a été évitée après des excisions pratiquées au quinzième et même au vingtième jour. Il y a donc là des contradictions inexplicables. Faut-il se guider sur l'adénopathie? Mais elle peut être ou faible ou nulle, et l'excision a pu réussir alors qu'elle était déjà manifeste. En résumé, les succès de l'excision se produisent au hasard pour ainsi dire, et il est impossible d'établir une règle fixe.

Ces succès sont d'ailleurs fort rares. M. Jullien, sur dix-huit cas, en compte trois; M. Humbert en a eu un sur douze. Mais qui ne sait qu'il existe des syphilis extrêmement bénignes indépendamment de toute excision? Quant aux syphilis atténuées par l'intervention chirurgicale, M. Humbert avoue ne pas bien comprendre; l'infection générale existe ou n'existe pas lors de l'excision, et il faudrait de bien autres preuves qu'un retard de quelques jours dans l'apparition d'une roséole pour obliger à admettre cette hypothèse d'atténuation des symptômes secondaires. D'ailleurs, la bénignité relative de ces symptômes n'entraîne nullement celle des accidents ultérieurs.

M. Humbert ne condamne pas absolument l'excision; il continuera à la pratiquer dans certains cas; et, après tout, elle a toujours bien l'avantage de guérir en quelques jours une lésion qui, spontanément, exigerait plusieurs semaines. Mais on ne peut pas promettre aux malades des résultats bien assurés et les entretenir peut-être dans une fausse sécurité qui peut avoir des dangers pour eux-mêmes et leur entourage. D'autre part, il ne se permettra pas d'intervenir dans le cas où l'on serait obligé de creuser au bistouri le gland ou les corps caverneux et de laisser ainsi des pertes de substance, alors que la guérison spontanée n'en aurait pas déterminé.

Bactéries du rhinosclérome. — M. L. Jacquet a pu isoler deux microbes bien distincts : 1° Un organisme en chaînettes dont les caractères morphologiques sont identiques à ceux du streptocoque pyogène;

2° La bactérie que Frisch a découverte et qui a été étudiée après lui par Pellizari, Cornil, Alvarez, Paltauf et Eiselsberg, etc. C'est un bacille court, se cultivant aisément à la température de la chambre, ne liquéfiant pas la gélatine et y produisant par piqûre une culture en clou caractéristique. Ce microbe n'est pas doué de mouvement; il se colore aisément par les diverses couleurs d'aniline, il se décolore par le procédé de Gram. Sur les tissus, on le trouve entouré d'une capsule qu'il perd sur les milieux de culture; M. Jacquet en a pourtant obtenu d'encapsulés à la première génération.

Ce sont là, comme on l'a remarqué depuis longtemps, les caractères du microbe de Friedlænder. Cependant, les expériences de Paltauf et Eiselsberg semblent assigner à la bactérie de Frisch une virulence moindre qu'à celle de Friedlænder. Les inoculations que M. Jacquet a pratiquées sur le cobaye et la souris semblent jusqu'ici confirmer cette donnée. Il n'est donc peut-être pas encore permis d'identifier absolument ces deux microbes.

Pour M. Netter, étant donnée la constance du bacille encapsulé dans tous les cas de rhinosclérome, il n'est guère possible de lui refuser un rôle pathogène en dépit des insuccès expérimentaux.

Il est plus légitime d'admettre que cet organisme, après être resté longtemps inoffensif dans le nez, devient l'origine d'un rhinosclérome, comme ailleurs il cause une broncho-pneumonie, une otite, une méningite, etc., on s'explique toutefois difficilement que la maladie ne s'observe qu'en certaines régions déterminées telles que l'Amérique du Sud, l'Autriche-Hongrie, l'Italie et la Russie.

Sur la valeur thérapeutique des injections du sérum de chien. — Les essais thérapeutiques qu'a fait M. Feulard confirment les bons résultats obtenus par MM. Richet et Héricourt dans leurs expériences de laboratoire, et il paraît possible de dire que les injections de serum de chien, d'une innocuité à peu près complète, si elles sont convenablement faites, constituent une médication tonique et reconstituante capable de rendre de réels services dans les cas de débilitation organique et surtout dans la tuberculose.

Considérations relatives à la syphilide pigmentaire. — M. A. Renault a désiré préciser les caractères cliniques de cette lésion, et, en outre, rechercher la terminologie qui lui semble le mieux applicable.

Depuis près de cinq mois, il a étudié principalement au point de vue de la pigmentation cervicale toutes les femmes, syphilitiques ou non, admises dans son service de Lourcine, et voici les résultats auxquels il a abouti :

1° Les auteurs disent que la syphilide pigmentaire n'apparaît pas avant le sixième mois de la maladie et qu'elle évolue du sixième au trente-sixième mois. Or, M. Renault a plusieurs fois constaté nettement cette syphilide dès la première poussée des accidents secondaires, c'est-à-dire à deux ou trois mois, en moyenne, du début de la maladie.

2° On ne doit affirmer la nature spécifique de l'éruption que lorsqu'il existe des îlots blancs au sein de la zone pigmentée. Une pigmentation uniforme du cou n'a pas de signification au point de vue du diagnostic; l'opinion contraire explique l'erreur de Fox et de Kaposi, qui nient l'autonomie spécifique de cette syphilide.

De plus, selon M. Renault, la lésion ne consiste pas dans l'hyperpigmentation cutanée, mais bien dans les îlots blancs, qui donnent aux téguments du cou une apparence tachetée, — et qui proviennent d'ailleurs purement et simplement d'une illusion d'optique, comme l'a démontré Tanturri. Selon M. Renault, la meilleure définition de cette éruption est celle de pseudo-leucodermie syphilitique.

Éruption bromurique polymorphe. — M. B. Marty a observé, il y a quelque temps, un cas d'éruption bromurique. Il s'agit d'une femme de 50 ans, nerveuse, qui lui avait été adressée pour un épithélioma superficiel de l'aile du nez. Cette dame, sous l'influence de la ménopause, avait vu s'accentuer ses troubles névropathiques. M. Marty la soumit au traitement bromuré (1 gr. de Kbr, 1 gr. de NaBr par jour). Sauf quelques rares pustules d'acné, qui apparurent au front et au menton, la médication fut bien tolérée pendant quelques jours, et la malade paraissait s'en bien trouver, quand, trois semaines après,

elle vint montrer une éruption presque généralisée. Les membres inférieurs seuls étaient à peu près indemnes, présentant seulement quelques éléments de folliculite. Sur le tronc (en avant, en arrière et sur les côtés), on voyait des taches érythémateuses, scarlatiniformes, d'aspect toxidermique, auxquelles venaient se joindre des éléments papuleux et acnéiques (surtout au dos et aux fesses). A la nuque, deux furoncles de la grosseur d'une noisette. Au bras droit, autre furoncle de même dimension, mais plus aplati. Enfin, à la face postéro-externe du bras gauche et à la partie moyenne, anthrax de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent, ouvert sous l'influence de cataplasmes que la malade avait appliqués d'elle-même, présentant cinq pertuis d'où s'échappaient des bourbillons. Douleur vive, surtout à la pression. Troubles gastriques, léger mouvement fébrile. Ni sucre ni albumine dans les urines.

Pensant que le traitement bromuré n'était pas étranger à ces accidents, M. Marty fit suspendre cette médication, prescrivit des lavages boriqués, et quelques jours après tout était rentré dans l'ordre.

Cette observation montre : 1° qu'une fois de plus les bromures, même à doses faibles, peuvent déterminer des troubles assez sérieux, notamment des lésions cutanées et que, par suite, il faut surveiller leur action. Ce fait est bien établi. MM. Hardy, Kaposi, Brocq, Jacquet en ont cité des exemples au Congrès de dermatologie de 1889; 2° que la tolérance d'un même médicament, comme le faisait remarquer M. le professeur Fournier, varie, chez un même sujet, d'une époque à une autre. (La malade dont il s'agit a pris depuis du Kbr sans autre accident que quelques pustules d'acné au visage.)

De quelques nouvelles médications.

PRURIT VULVAIRE; GUÉRISON APRÈS EMPLOI DU COURANT CONSTANT, par le docteur CHOLMOGOROFF. (*Revue de thérapeutique générale et thermale*, 1891.)

L'auteur a donné des soins à une femme âgée de 36 ans, mariée depuis douze ans, et qui avait eu un enfant une année après son mariage. Depuis l'âge de 13 ans, cette femme avait toujours été bien réglée. Son mari était bien portant. Les rapports sexuels avaient toujours eu lieu d'une façon régulière et procuraient à la femme la satisfaction désirable. Pas d'onanisme. Pas de glycosurie. Depuis deux années, la femme souffrait d'un prurit vulvaire. D'abord, les démangeaisons avaient été supportables, se manifestant à l'approche d'une époque menstruelle. Puis elles étaient devenues continues, d'intensité variable d'un jour à l'autre. La chaleur était sans influence sur le prurit. Par moments, les démangeaisons devenaient tellement fortes que la femme ne pouvait plus résister au besoin de se gratter. Des remèdes très divers avaient été employés sans grand résultat. Cependant, les applications de vaseline à la cocaïne et les lotions phéniquées avaient procuré un peu de soulagement.

On ne constatait absolument rien d'anormal à l'examen des organes génitaux internes et externes, sauf les traces du grattage. Cholmogoroff proposa un traitement par l'électricité, proposition qui fut acceptée. Une électrode cylindrique, en caoutchouc durci, avec bout en métal, fut introduite dans le vagin, à 4 ou 5 centimètres de profondeur. L'autre électrode formée d'un disque en métal recouvert de cuir, de 4 centimètres de diamètre, fut appliquée sur la région où siégeait le prurit et mise en communication avec le pôle négatif. Les intensités du courant employé ont varié de 15 à 22 milliampères; la durée des séances a été de dix minutes. Après la cinquième séance, le prurit était plus faible. Après la sixième, les démangeaisons avaient cessé. La guérison se maintenait six mois plus tard.

L'auteur a eu soin de rappeler que le prurit vulvaire est une affection souvent très rebelle, tellement rebelle et intolérable qu'on n'a pas reculé devant les moyens radicaux de guérison, tels que l'excision des téguments envahis par le prurit. D'autre part, il y a des exemples de prurit vulvaire, guéri par les applications du courant continu, remède préconisé par Blackwood. — P. N.

FORMULAIRE

Inhalations contre la coqueluche. — Beall.

Thymol	1 gr. 20 c.
Acide phénique	15 grammes.
Essence de sassafras	ââ 7 gr. 50 c.
Essence d'eucalyptus	
Essence de térébenthine	
Goudron liquide	
Ether	4 grammes.
Alcool	q. s. pour compléter

90 grammes.

Mêlez. — On verse 30 gouttes environ de cette solution sur un mouchoir, que l'on enroule autour du cou de l'enfant atteint de coqueluche. — On renouvelle cette application toutes les deux ou trois heures. — N. G.

COURRIER

Clinique national ophthalmologique des Quinze-Vingts. — Les conférences cliniques ont recommencé le 9 novembre, à deux heures. Comme les années précédentes, toute l'ophthalmologie sera passée en revue au point de vue théorique et au point de vue pratique, dans le courant du semestre d'hiver. Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant :

Lundi. — Docteur Kalt : Maladies des paupières, des voies lacrymales, des mucles de l'œil, de l'orbite.

Jeudi. — Docteur Valude : Maladies du cristallin et des membranes internes de l'œil, glaucome.

Vendredi. — Docteur Trousseau : Maladies de la conjonctive, de la cornée, de la sclérotique et de l'iris.

Samedi. — Docteur Chevallereau : Réfraction, lunettes, examen fonctionnel de l'œil.

Mardi. — Docteur Dubief : Démonstration de pièces anatomo-pathologiques.

Mercredi. — Présentation et discussion de malades par les médecins de la clinique.

Tous les jours à midi et demi, consultation et opérations.

— M. le docteur Hermet reprendra son cours sur les maladies de l'oreille, à l'hôpital des Enfants-Malades, dans le service de M. le professeur Grancher, le jeudi 12 novembre, à dix heures, et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

— M. le docteur Guillot vient d'être élu membre du Conseil général de l'Yonne, pour le canton d'Ancy-le-Franc.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur J. Daugaron (de Saint-Martin-Lacaussade).

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Le chimisme stomacal et le traitement des maladies de l'estomac (1).

II

Pour MM. Hayem et Winter, la dyspepsie, uniquement constituée par des troubles nerveux ou moteurs, est certainement exceptionnelle et on doit admettre que, dans l'immense majorité des cas de dyspepsie, il y a toujours des altérations chimiques primitives ou secondaires.

« La digestion stomacale est une fermentation ayant pour résultat chimique de faire passer le chlore de l'élément minéral sécrété par les glandes sur la matière albuminoïde introduite à titre d'aliment. L'altération chimique de ce processus doit donc être essentiellement constituée par un défaut plus ou moins notable dans la proportion des combinaisons chloro-organiques. » La déviation du processus fermentatif peut être quantitative ou qualitative.

Quantitative, elle peut être excessive ou insuffisante. L'insuffisance peut résulter d'une diminution dans la sécrétion ou dans la production des éléments prenant part à la réaction, ou bien d'un affaiblissement du pouvoir fermentatif qui peut aller jusqu'à annihiler le travail stomacal.

La déviation par excès peut dépendre de la sécrétion abondante d'un suc gastrique riche en chlorure, ou d'une exagération dans le pouvoir fermentatif.

Il y a aussi une modification qualitative du processus fermentatif. Elle est caractérisée par l'apparition de produits anormaux dans le cours de la digestion gastrique. Ces produits sont reconnus à l'affaiblissement de la valeur acide donnée par la détermination du quotient α $(\frac{A-H}{C})$; lorsque ce quotient est supérieur à la normale, il y a formation d'acides lactique, butyrique, acétique, etc. Il se forme normalement, au début de la digestion, de l'acide lactique, mais, à l'état pathologique, cette fermentation peut se poursuivre longtemps.

L'acidité totale, moins l'HCl libre, représente, à l'état normal, l'acidité due aux combinaisons chloro-organiques. Le quotient α est plus petit que l'unité dans ces conditions (0,86), et cela signifie que ces combinaisons sont un mélange de produits divers, les uns acides, les autres neutres. La diminution de α indique la formation de combinaisons d'une qualité d'autant plus mauvaise que l'ensemble de leur réaction acide est plus faible.

Le quotient α ne peut être augmenté que quand A est relativement fort,

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 novembre 1891.

c'est-à-dire quand un ou plusieurs facteurs inusités viennent prendre part à la production de l'acidité totale.

« En résumé, altérations quantitatives, déviations qualitatives, processus fermentatifs anormaux, tels sont, chimiquement, les caractères des mauvaises digestions gastriques. »

Le plus souvent, plusieurs de ces types coexistent dans un cas donné et, dans la pratique, toutes les combinaisons sont possibles. Mais il faut tâcher de ne pas trop multiplier les divisions et de grouper les cas de la manière la plus simple possible.

Dans ce but, MM. Hayem et Winter ont abandonné les déviations qualitatives avec modifications quantitatives. Ils appellent *hyperpepsie* les cas d'excitation fonctionnelle et d'exaltation du processus, et *hypopepsie* les cas contraires; cette dernière altération peut aller jusqu'à l'apepsie. Les faits intermédiaires forment la *dyspepsie simple* qui se distingue de l'état normal par une déviation qualitative plus ou moins accusée du processus fermentatif et par le développement de fermentations anormales; très exceptionnellement, le chimisme est normal et il y a seulement des troubles moteurs ou nerveux.

Les sous-divisions de ces grandes classes auront pour base des questions de qualité,

1° *Division de l'hyperpepsie.* — Les valeurs dosées sont T, F, H, C, A, α; on peut négliger F qui $= T - (H + C)$ et grouper les autres de la façon suivante :

T (chlore total) donne l'importance de la sécrétion chlorée ou de la *chlorurie;*

$(H + C)$ est la mesure de la *chlorhydrie;*

A et α se rapportent aux valeurs acides, soit le tableau :

Chlorure.	Chlorhydrie.	Acidité.
T	H }	A
	C }	α

On peut représenter tous les cas en appliquant le signe = aux valeurs qui se rapprochent des valeurs normales, le signe + aux valeurs exagérées et le signe — aux quantités amoindries.

La grande classe de l'hyperpepsie a pour caractères généraux :

$$T+ \qquad \left.\begin{matrix}H\\C\end{matrix}\right\} + \qquad A+$$

L'hyperpepsie peut être purement *quantitative,* avec augmentation à la fois de l'HCl libre (H) et des composés chloro-organiques (C). Mais, souvent, le processus fermentatif est dévié de son évolution ordinaire, et l'hyperpepsie devient alors *qualitative*. Cette dernière est caractérisée par l'exagération de la production d'HCl libre et la diminution de C. Quand cette altération est portée à un haut degré, non seulement la quantité C est petite, mais encore de qualité inférieure, car α diminue. La coexistence de C— et d'α— est fréquente et se présente dans l'hypopepsie comme dans l'hyperpepsie. Mais, dans cette dernière, il y a mise en liberté d'une trop grande quantité d'HCl libre, alors on a H + et C —.

Le caractère essentiel de la déviation qualitative, dans l'hyperpepsie, a donc pour formule $\left\{\begin{matrix}H & +\\C & -\end{matrix}\right.$

Quand il y a hyperchlorhydrie, l'acidité totale est augmentée. Mais sou-

vent le travail stomacal n'est pas assez exagérée pour que la somme des valeurs (H + C —) soit supérieure à la normale. C'est encore là une hyperpepsie qualitative; cette dernière présente donc deux variétés : l'hyperpepsie qualitative avec hyperacidité et l'hyperpepsie qualitative sans hyperacidité (atténuée). L'hyperpepsie quantitative peut aussi se présenter sous une forme atténuée, de telle sorte que l'on peut distinguer trois grandes formes d'hyperpepsie : la qualitative (avec ou sans hyperacidité), la quantitative et l'atténuée.

De plus, dans un certain nombre de cas, il se produit des fermentations anormales qui conduisent à admettre des divisions secondaires pour chacune des trois formes d'hyperpepsie, suivant qu'elles existent ou non.

2. *Division de l'hypopepsie.* — Il y a habituellement une diminution de la chlorurie (T) et de la chlorhydrie (H + C). Mais lorsque l'hypopepsie est peu accentuée, ces valeurs peuvent être égales ou un peu supérieures à la normale; alors il vient s'ajouter à l'altération quantitative du travail stomacal une déviation qualitative, c'est-à-dire une dépréciation de la valeur des combinaisons chloro-organiques, d'où résulte une diminution de l'acidité totale et, par suite, de la valeur α. Cette altération qualitative se traduit par la mise en liberté d'une proportion faible ou nulle d'HCl libre (H —; o) et par la diminution de l'acidité totale; on a, par suite, pour formule générale de l'hypopepsie :

T variable, le plus souvent —	H —; o
	C variable, le plus souvent —

Il faut diviser l'hypopepsie d'après l'abaissement plus ou moins prononcé de l'acidité totale. Les fermentations anormales sont très fréquentes et donnent parfois à l'acidité totale une valeur exagérée; c'est là la *pseudo-acidité.*

On parvient à dégager la part prise par les acides de fermentation dans l'acidité totale à l'aide du calcul suivant :

On voit déjà que $\frac{A - H}{C} = \alpha$. On en tire $A = \alpha \times C + H$.

Dans les cas où il y a fermentation acide anormale, on a α +. Pour avoir la valeur A' de l'acidité qui correspond à α normal (0,86), on n'a, dans l'équation précédente, qu'à remplacer α par 0,86, et on a

$$A' = (C \times 0,86) + H.$$

A — A' est l'acidité due aux acides étrangers. Ce calcul doit se faire toutes les fois que l'on a α +, bien qu'il ne soit pas tout à fait rigoureux.

En définitive, la diminution de l'acidité totale exprime un affaiblissement de la chlorhydrie ou, à son défaut, une diminution notable de la valeur qualitative des combinaisons chloro-organiques.

MM. Hayem et Winter divisent l'hypopepsie en trois degrés de plus en plus accusés. Dans un premier degré, l'acidité affaiblie est encore au-dessus de 0,100; dans le second degré A est inférieur à 0,100; dans le troisième A = 0, l'acidité est nulle. Ces trois degrés sont divisés selon l'absence ou la coexistence de fermentations acides anormales.

III

Considérations générales sur les valeurs servant à caractériser les types chimiques : 1° Variations de T et de (H + C). — La chlorurie et la chlor-

hydrie sont augmentées dans presque toute la série des types hyperpeptiques. Dans l'hypopepsie du premier degré, il peut y avoir de l'hyperchlorhydrie et de l'hyperchlorurie, mais il est rare de trouver à la fois ces deux termes en augmentation. La chlorurie ne diminue que dans l'hypopepsie intense; elle n'est décidément supérieure que dans l'apepsie. Ces faits tendent à démontrer que l'irritation glandulaire, tout au moins fonctionnelle, joue un rôle prédominant dans les gastropathies.

2° *Variations de H.* — L'HCl libre est en excès dans la plupart des types d'hyperpepsie. Cependant, dans les formes atténuées de cette série, qu'il y ait ou non fermentation acide, on trouve H =; —. On peut donc avoir un chiffre normal ou même faible d'HCl libre avec de l'hyperchlorhydrie. Ce fait contredit ce que l'on avait admis dans ces dernières années sur l'hyperchlorhydrie. La gravité de l'état hyperpeptique dépend non pas de l'élévation de H, mais de la diminution à la fois qualitative et quantitative de C. On peut même trouver un excès d'HCl libre, alors que la chlorhydrie (H + C) est faible.

Le chimisme stomacal peut être très altéré même si H ou (H + C) est une quantité normale. Ce fait prouve que les conclusions des procédés de recherche employés jusqu'à présent étaient fautives.

La valeur H devient faible et même nulle dans des cas qui ne sont que dans le premier degré de l'hypopepsie. Il s'ensuit que, quand H = 0, si l'on emploie une méthode dans laquelle on ne dose que l'HCl libre, on confond des faits très différentiels. Il y a des cas où, malgré H = 0, la digestion est presque aussi bonne qu'à l'état normal, tandis que, dans d'autres, elle est nulle.

3° *Variation de C et d'α* — La valeur C mesure pour ainsi dire le travail utile de l'estomac, l'intensité de la peptonisation. Dans les formes légères d'hyperpepsie, C est, en général, une quantité forte, mais dont la valeur qualitative est presque toujours anormale. La digestion est cependant habituellement assez bonne et n'est gravement atteinte que si on a à la fois C — et α —. Le plus souvent C est faible dans l'hypopepsie et presque toujours nul dans l'apepsie.

IV

Faits particuliers : 1° *Caractères du liquide stomacal normal.* — Une heure après le repas d'épreuve, le liquide stomacal est un peu visqueux, presque sans odeur et, en quantité, atteint 80 à 100 c. c. Par le repos, il se sépare en deux couches : 1° une supérieure, liquide, acide, gris jaunâtre, avec souvent une ou deux petites masses muqueuses contenant des débris alimentaires; 2° une couche opaque, grisâtre, formée par des débris de pain. La filtration lente demande une heure pour être complète. Le filtrat se colore en bleu net, d'intensité moyenne par le violet de méthyle; la réaction du biuret est également d'intensité moyenne; celle d'Uffelmann (recherche de l'acide urique) reste négative.

2° *Hyperpepsie.* — A. *Hyperpepsie qualitative.* — *a* avec hyperacidité. Elle est simple ou compliquée de fermentation acide.

MM. Hayem et Winter ont rencontré le type simple dans huit cas de gastropathie protopathique (c'est-à-dire sans maladie bien déterminée) et dans deux cas de gastropathie symptomatique.

Les huit premiers cas se rapportent à sept hommes et une femme. Les malades n'étaient pas alcooliques, mais avaient fait des excès d'aliments

solides; quelques-uns semblaient être des surmenés cérébraux. Les phénomènes symptomatiques consistent en des troubles de la digestion surtout marqués quelques heures après les repas : lenteur des digestions, pesanteurs, éructations, sensations de brûlure; irrégulièrement crampes et parfois nausées et vomissements. L'estomac est dilaté, la langue variable, assez souvent rouge vers la pointe et aux bords, blanchâtre au milieu et dans le fond. Les malades maigrissent bien que mangeant avec appétit. Très souvent il y a des phénomènes nerveux qui sont en rapport avec l'état dyspeptique ou le précèdent. Ce type rentrait dans l'hyperchlorhydrie de M. G. Sée. Souvent la sécrétion de l'estomac se fait continuellement, même à jeun, et alors la dilatation du ventricule est très marquée; c'est la gastrosuccorrhée.

Les deux cas de gastropathie symptomatique se rapportent à cette forme d'hyperpepsie concernant la chlorose.

L'hyperpepsie qualitative avec fermentation acide ne diffère de la précédente que par l'existence de produits acides anormaux révélés par l'élévation d'α et parfois par les réactifs. Généralement il n'y a pas beaucoup d'HCl libre, cependant il peut exister en quantité notable. Ce type a été rencontré dans quatre cas de gastropathie protopathique chez des hommes et dans un cas de diabète maigre. Les malades, névropathes ou diathésiques, sont jeunes ou atteints depuis longtemps; ils ont souvent fait des excès. Les phénomènes symptomatiques sont analogues à ceux de la première variété.

2e *Variété : Hyperpepsie qualitative sans hyperacidité.* — L'acidité peut être à peine au-dessus de la normale. Dans les cas d'hyperpepsie très peu accusée, l'acidité totale devient inférieure à la normale. Sur quatorze malades appartenant à la section des gastropathies protopathiques, il y a dix hommes et quatre femmes. Les cas de gastropathie symptomatique concernaient une femme atteinte d'anémie post-hémorrhagique et un malade souffrant d'une entérite chronique.

B. *Hyperpepsie quantitative.* Dans cette forme, la valeur C peut s'élever sensiblement au-dessus de la normale, et comme parfois, en même temps, le quotient α n'est pas modifié, il s'ensuit que le processus stomacal est simplement exagéré quantitativement. « Les malades digèrent, en quelque sorte, trop bien » et leur état est parfois latent.

L'hyperpepsie peut être simple, sans fermentation acide. La maladie frappe plus souvent les hommes que les femmes; les excès alimentaires et de divers genres ont de l'influence sur son développement, et elle survient au moment de l'adolescence chez des névropathes ou des diathésiques. En général, quand il n'y a pas trop d'HCl libre, cette forme n'est pas douloureuse. Les chlorotiques peuvent être atteints.

L'hyperpepsie quantitative avec fermentation acide est une variété du précédent type; il peut y avoir gastrosuccorhée.

C. *Hyperpepsie légère ou atténuée.* — Elle existe avec ou sans fermentation acide. MM. Hayem et Winter ont réuni, de la seconde variété, onze cas protopathiques et deux cas symptomatiques. Les onze premiers concernent sept femmes et quatre hommes; les seconds ont été observés dans l'hystérie et la tuberculose pulmonaire.

Les auteurs ont vu six femmes et deux hommes atteints d'hyperpepsie atténuée avec fermentation acide. Cliniquement, la particularité la plus intéressante consiste dans le développement des phénomènes nerveux.

II. L'*hypopepsie* légère ou moyenne existe aussi sans ou avec fermentation acide. L'hypopepsie simple est très commune et se voit surtout chez les névropathes; souvent, la dilatation de l'estomac peut être la première manifestation de la maladie que l'on peut rencontrer dans la chlorose, l'hystérie, l'urémie

L'hypopepsie du premier degré avec fermentation acide peut s'accompagner ou non d'hyperacidité; c'est une pseudo-hyperacidité, car, en calculant ce qui revient aux acides de fermentation anormale, on trouve pour A' un chiffre notablement inférieur à la normale.

L'hypopepsie, avec fermentation acide sans hyperacidité, peut être protopathique; d'autres fois elle est deutéropathique et se voit dans l'éthylisme, la tuberculose, le cancer de l'estomac, la duodénite.

L'hypopepsie intense sans fermentation acide se voit aussi dans la neurasthénie; d'autres fois, elle est symptomatique et se rencontre dans l'anémie dite pernicieuse, la dilatation stomacale, la gastrite éthylique, le cancer de l'estomac. Le plus généralement, dans cette maladie, l'hypopepsie se complique de fermentation acide; cette dernière forme se voit encore dans la chlorose, la gastrite alcoolique.

C. L'*apepsie* est parfois protopathique et peut être insoupçonnée, car l'état général des malades n'est pas en rapport avec l'annihilation des opérations chimiques stomacales : MM. Hayem et Winter en ont réuni six cas concernant tous des femmes d'un certain âge, anciennes dyspeptiques; il y a en même temps diminution extrême de la sécrétion gastrique et évacuation précoce de l'estomac. La réaction du liquide stomacal peu abondant et difficile à extraire peut être *alcaline*. Les malades, s'ils mangent peu, mâchent bien et choisissent des aliments de facile digestion, n'ont que peu de désordres du côté de l'estomac qui se débarrasse rapidement de son contenu.

L'apepsie symptomatique existe dans des cancers très avancés dans leur évolution et probablement dans certaines anémies pernicieuses.

III. La *dyspepsie simple*, qui est peu fréquente, est caractérisée par des troubles gastriques sans qu'il y ait d'altération du chimisme stomacal ou bien avec des altérations très minimes de ce chimisme.

La chlorose et le cancer de l'estomac ont très souvent été signalées comme causes des gastropathies symptomatiques. MM. Hayem et Winter, sur dix-neuf cas de chlorose, ont vu sept cas d'hyperpepsie, dix d'hypopepsie, deux altérations notables. Dans le cancer de l'estomac et des organes voisins, le type chimique relève toujours de l'hypopepsie; les fermentations acides sont fréquentes et leur constatation a une valeur diagnostique bien plus grande que l'absence de l'acide chlorhydrique libre. En dehors du cancer, on peut rencontrer des cas d'hypopepsie semblables à ceux que l'on trouve habituellement dans cette maladie.

Si brève qu'elle soit, l'analyse que nous venons de faire du beau travail de MM. Hayem et Winter fera sans doute comprendre à nos lecteurs toute l'importance d'un examen soigneusement fait du contenu de l'estomac; « tout médecin, en cas de dyspepsie, devra s'enquérir de la constitution du suc gastrique, de même qu'il pratique l'auscultation et la percussion quand il s'agit d'une affection thoracique ». (*A suivre.*)

REVUE DES CLINIQUES

Les méthodes dites de douceur dans les luxations de l'épaule, par M. Le Dentu (1). — Le malade que je vous présente actuellement est atteint d'une affection bien commune, une luxation sous-coracoïdienne de l'épaule. Les symptômes, aplatissement du moignon de l'épaule, dépression sous-acromiale sont évidents, même à distance. Je fais pourtant une palpation très attentive de façon à m'assurer des rapports de la tête avec l'apophyse coracoïde. En réalité, la division en luxation sous-coracoïdienne et luxations intra-coracoïdiennes est assez schématique. Entre les deux positions extrêmes, on trouve toutes les positions intermédiaires. La recherche des rapports est néanmoins fort importante. Plus, en effet, la tête humérale se trouve en dedans de l'apophyse coracoïde, moins vous avez une chance de réussir sans chloroforme et par les moyens dits de douceur.

Chez notre malade, la tête est sous l'apophyse coracoïde et non en dedans. Cette condition est donc favorable. Mais il existe, chez lui, deux autres conditions défavorables qui rendent le succès de nos tentatives un peu incertain. Le malade est un ouvrier bien musclé. L'accident remonte à trois jours déjà. Une luxation de trois jours n'est évidemment pas une luxation ancienne. Déjà, pourtant, sa réduction est plus difficile que quelques heures et surtout quelques minutes après l'accident. Pendant les premiers instants qui suivent le traumatisme, il existe un véritable état de stupeur, tant local que général, qui facilite singulièrement la réduction. Quand vous arrivez près d'un blessé atteint de luxation de l'épaule aussitôt après une chute, profitez de cette stupeur. Avant d'essayer de le tirer de l'état demi-syncopal où il est encore plongé, faites de suite une tentative de réduction. Les moyens les plus simples seront toujours suffisants.

Les procédés dits de douceur sont très nombreux. Hippocrate conseillait la rotation en dedans, faite doucement et progressivement d'abord, puis terminée par un mouvement brusque. Syme, au contraire, recommande la rotation en dehors, combinée avec la traction du membre en arrière. Lacourt employait aussi la rotation en dehors, mais en la combinant avec l'élévation du membre. La simple élévation du membre a pu suffire dans quelques cas. Il existe bien d'autres procédés. Pour les résumer d'un mot, on a cherché à réduire la luxation en portant le membre à peu près dans toutes les positions possibles. Tous ces procédés comptent des succès. Mais il n'en est aucun qui soit aussi bien réglé que celui dit de Kocher. C'est ce procédé que nous allons essayer chez notre blessé.

Un principe général domine l'application de ce procédé, comme de tous les procédés dits de douceur, et qui sont en réalité assez douloureux. Il faut, pour éviter autant que possible la contraction musculaire, ne faire tout d'abord que des efforts très progressifs; puis, quand on arrive aux mouvements brusques, procéder par surprise. Il faut tâcher de distraire l'attention des malades. On a essayé jadis d'y parvenir en les accablant tout à coup d'injures, de reproches ou, procédé plus brutal encore, en leur donnant un vigoureux soufflet. Nous nous contentons, aujourd'hui, de presser les malades de questions, de les faire parler. Le chloroforme serait évidemment préférable aux moyens un peu brutaux d'autrefois.

Le procédé de Kocher comprend quatre temps. Le premier temps consiste à rapprocher le coude du tronc, en le portant légèrement en arrière, l'avant-bras est fléchi à angle droit sur le bras. Cette position bien assurée, et le coude restant toujours collé au tronc, on imprime un mouvement progressif, mais assez énergique, de rotation en dehors. Pour effectuer cette rotation, il est nécessaire de faire maintenir le malade par un aide fixant bien le membre du blessé et l'empêchant de suivre le mouvement de rotation imprimé au bras. Cette rotation en dehors, qui constitue le deuxième temps, est maintenue pendant une minute environ. Puis, le bras restant toujours dans la rotation en dehors, on porte le coude en avant et en haut (troisième temps). Ce mouvement est exécuté progressivement et conduit aussi loin que possible, en maintenant le coude

(1) D'après la *Gazette des hôpitaux*.

non seulement dans la rotation en dehors, mais en évitant de trop l'écarter du tronc. Quand ce mouvement est parvenu aux extrêmes limites, on fait un peu plus brusquement, cette fois, un mouvement de rotation en dedans, remplaçant la rotation en dehors (quatrième temps). Ce mouvement amène, d'ordinaire, la réduction.

Ce procédé réussit fréquemment. Il a même donné à Kocher des succès dans les luxations déjà anciennes. Assez souvent aussi on obtient la réduction sans avoir besoin de parcourir les quatre positions de l'humérus. Au moment de la rotation en dehors, ou bien au moment où commence la propulsion du coude en haut et en avant, on perçoit tout à coup le claquement caractéristique de la réduction. Vous comprenez, en effet, que le but de ces manœuvres est de mettre la tête humérale en face de la déchirure capsulaire. Dès que cette coïncidence de position est obtenue, la réduction, dans les luxations récentes et n'offrant pas encore d'adhérences cicatricielles, est extrêmement facile.

Dans un cas de luxation en arrière dans la fosse sous-épineuse, j'ai employé avec succès un procédé analogue au procédé de Kocher, mais dans lequel, par suite de la position inverse de la tête, les diverses positions données successivement au bras furent, une fois le coude rapproché du tronc : 1° la rotation en dedans; 2° l'élévation avec propulsion du bras en arrière; 3° la rotation en dehors. Ce procédé fut d'ailleurs appliqué sous le chloroforme, qui, supprimant la résistance musculaire, facilite toujours singulièrement la réduction.

Chez notre malade, nous allons essayer le procédé type de Kocher. Remarquez surtout qu'on a quelque peine à bien immobiliser le malade et à distraire son attention. Les souffrances sont, en effet, assez vives. Mais, dès la première tentative, la réduction, malgré les circonstances défavorables que je vous ai indiquées, se trouve obtenue. S'il a éprouvé quelques instants de douleur, notre blessé a échappé, en revanche, à tous les inconvénients de l'anesthésie par le chloroforme.

REVUE DES JOURNAUX

Un accident laryngé dans le cours du mal de Bright, par le docteur Mendel. (*Revue de laryngologie.*) — Observation d'un homme de 51 ans, qui, depuis 1870, est atteint par intermittence d'œdème, d'abord aux jambes, puis au scrotum, aux mains, à la face. En avril 1891, il ressent une certaine difficulté pour parler et respirer ; la déglutition se fait sans douleur, il a de l'œdème de la face et des lèvres; la nuit suivante, il éprouve de terribles suffocations. Le lendemain, il entre à l'hôpital Lariboisière. Rougeur très prononcée du voile du palais, avec œdème des piliers, de la luette et du repli pharyngo-épiglottique gauche qui est tuméfié et repousse la partie gauche de l'épiglotte contre la droite. L'urine est examinée et contient une certaine quantité d'albumine. Rien au cœur. Comme traitement, pulvérisations phéniquées dans la gorge et diète lactée. Au bout de deux jours, les troubles de la respiration ont diminué en même temps que l'œdème de la face et de la gorge; le gonflement œdémateux du repli aryténo-épiglottique a disparu; on trouve seulement, à la face postérieure de l'épiglotte, une petite tumeur conique due à une inflammation chronique de la muqueuse; et, d'après Mendel, cette tumeur est la cause indirecte des accidents laryngés en constituant un *locus minoris resistentiæ*. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 novembre 1891. — Présidence de M. Tarnier.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de candidature de M. B. Dupuy au titre de correspondant national;

2° Une lettre de M. le docteur Longo renfermant des propositions relatives à l'industrie des nourrices ;

3° Une note de M. Poncet sur l'uréthrotomie périnéale ;

4° Un rapport de M. Matton sur la « source romaine » de Maiziers.

— La séance est consacrée à la lecture de rapports de prix.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 novembre. — Présidence de M. Labbé.

Sommaire : *Hémispasme glosso-labié par hystérie chez un tabétique. — Constractures dans l'intoxication par le sulfure de carbone.*

M. Siredey présente un malade, âgé de 45 ans, chez lequel la coïncidence de phénomènes tabétiques et d'un seul symptôme d'hystérie a rendu réellement difficile le diagnostic de cette dernière affection.

Ce malade n'a pas d'antécédents héréditaires; ses parents se portaient bien; sur quatorze frères ou sœurs qu'il a eus, une fille seulement était nerveuse, et eut, pendant une dizaine d'années, des attaques violentes avec perte de connaissance et convulsions.

Les antécédents personnels du malade peuvent ainsi se résumer : syphilis il y a vingt ans; en 1881, fracture de jambe, d'où diastasis et ankylose de l'articulation tibio-tarsienne; en 1885, fracture presque spontanée de l'extrémité supérieure du fémur à la suite d'un simple faux pas. Cette fracture se compliqua d'une suppuration profonde et prolongée; on trouve aujourd'hui un cal énorme et difforme et des cicatrices saillantes. En 1886, mal perforant plantaire double ayant nécessité, en 1890, l'amputation des deux orteils; l'opération réussit bien. Enfin, depuis six mois environ, apparition des symptômes classiques du tabes : douleurs fulgurantes, troubles caractéristiques de la marche, abolition totale du réflexe rotulien, quelques crises vésicales; pas de phénomènes oculaires.

Quand le malade entra à l'hôpital, il présentait, avec ces signes de tabes, une déviation très prononcée de la face. Cette déviation était survenue brusquement, le 10 septembre dernier, sans cause sppréciable, elle avait atteint d'emblée son maximum. La commissure gauche était tirée en haut et en arrière, le côté droit de la face était flasque et inerte. On aurait dit une paralysie du facial inférieur droit.

M. Siredey chercha d'abord à associer ces différents phénomènes; il se demanda s'il ne s'agissait point là d'une névrite périphérique comme on en a décrit dans le tabes, ou si ce n'était pas une paralysie d'origine centrale analogue à ces paralysies radiculaires des nerfs de l'œil, si fréquentes chez les tabétiques; d'autre part, ne devait-on pas incriminer la syphilis? Aucune de ces hypothèses n'était complètement satisfaisante.

M. Babinski examina alors le malade et, en raison du début brusque de la déviation faciale, de quelques mouvements fibrillaires que présentaient les muscles faciaux du côté gauche, en raison aussi de ce fait que la commissure droite n'était point abaissée, tandis que la commissure gauche était fortement tirée en haut et en arrière, conclut à l'existence d'un hémispasme glosso-labié hystérique. Or, M. Siredey avait éliminé tout d'abord l'hystérie à cause de l'absence de tout stigmate. Ce malade n'avait même pas manifesté jusqu'alors cette impressionnabilité si commune chez les nerveux. M. Babinski maintint néanmoins son diagnostic de spasme glosso-labié hystérique, ce phénomène étant, de sa nature, assez caractéristique pour permettre de se passer d'autres symptômes.

L'événement justifia vite ce diagnostic. On voulut soumettre le malade à une tentative d'hypnotisme; mais il se mit à trembler, à sangloter et il refusa de se laisser endormir. On tenta alors la suggestion à l'état de veille; avec un mauvais appareil faradique, on imprima quelques secousses aux muscles du côté droit de la face et aux muscles de la langue. Au bout d'une à deux minutes, on ordonna au malade de ramener sa langue à droite. Il exécuta le mouvement, et, en même temps, il écartait la commissure

labiale droite jusque-là immobilisée. Ces résultats n'ont fait que se confirmer depuis lors, mais le nervosisme, jusque-là latent, s'est beaucoup accentué.

Cette observation est donc intéressante à trois points de vue : 1° marche un peu insolite du tabes qui a débuté par des troubles trophiques : mal perforant double, et, peut-être aussi, lésions du fémur expliquant une fracture produite par une faible contraction musculaire à la suite d'un faux pas; 2° coexistence du tabes et de l'hystérie; 3° manifestation mono-symptomatique de l'hystérie sous forme de spasme glosso labié, à l'exclusion de tout autre trouble sensitif ou moteur, et chez un homme de 45 ans n'ayant jamais jusque-là présenté aucun trouble nerveux.

— M. Rendu : Le 17 octobre dernier, une jeune fille de 15 ans entrait à l'hôpital pour des contractures des membres inférieurs et des muscles masticateurs. Cette malade était employée, depuis trois ans, à vulcaniser du caoutchouc. Jusque-là, sa santé avait été bonne; la menstruation s'était établie à 12 ans et avait toujours été régulière. Depuis qu'elle était exposée à des vapeurs sulfo-carbonées, elle avait de temps à autre des céphalalgies passagères, des étourdissements, phénomènes indiqués depuis longtemps par Delpech comme première manifestation de l'intoxication par le sulfure de carbone. En outre, ses règles avaient une durée insolite de huit et dix jours.

En septembre dernier, les malaises s'accentuèrent : la céphalalgie revenait chaque soir et ne se dissipait que fort tard dans la nuit; en même temps, anorexie, nausées, douleurs vagues dans les membres inférieurs. Enfin, le 15 septembre, il se produisit une contracture douloureuse des mâchoires, suivie bientôt de raideur du cou et de la colonne vertébrale. La contracture gagna les jambes, puis les bras. Bientôt l'impotence fonctionnelle fut complète, et la malade, ne pouvant ouvrir la bouche, fut réduite à se nourrir exclusivement du lait.

Quand elle entra à l'hôpital, elle présentait, en outre, un état saburral très marqué et une stomatite intense, contrastant singulièrement avec une denture irréprochable. Le muscle frontal contracturé ridait le front et relevait les sourcils, les paupières étaient clignotantes, et la contraction des zygomatiques donnait à la face une expression bizarre.

Sensibilité intacte; réflexe plantaire normal; au contraire, réflexe patellaire très exagéré; trépidation épileptoïde facilement provoquée par le redressement brusque du pied.

Comme traitement contre la stomatite, badigeonnage trois fois par jour avec un pinceau imbibé d'eau oxygénée et gargarismes antiseptiques fréquents; contre les contractures, 4 grammes de chloral par jour et bain tous les deux jours.

L'état s'améliore rapidement; la guérison est complète le 28 octobre.

L'interprétation de ces phénomènes n'est point très facile. La première question qui se pose est celle de savoir s'il y a corrélation pathogénique ou simple coïncidence entre ces deux phénomènes : contracture et stomatite, et l'absorption de vapeurs sulfo-carbonées. En second lieu, quels sont les rapports qui relient la contracture à la stomatite?

Sur la première question, le doute ne semble pas permis : le début des accidents, leur évolution et leur succession appartiennent bien à l'intoxication sulfo-carbonée.

Mais, est-ce la contracture qui, par l'occlusion permanente des mâchoires, a provoqué la stomatite, ou bien celle-ci est-elle primitive et a-t-elle été le point de départ de la contracture?

La marche des accidents ne justifie pas cette dernière manière de voir.

En effet, la contracture a précédé de plusieurs jours la stomatite dont la production ne s'explique que par une occlusion presque complète de la bouche rendant impossibles les soins de propreté et favorisant les fermentations. On doit maintenant se demander si l'intoxication sulfo-carbonée est la cause directe des troubles nerveux ou si elle n'a pas agi simplement en développant des phénomènes hystériques. En effet, la contracture est exceptionnelle dans l'intoxication par le sulfure de carbone; elle est, au contraire, commune dans l'hystérie. De plus, l'intoxication est une cause provocatrice de l'hystérie, comme l'a démontré M. Marie.

Mais, chez cette jeune malade, l'absence d'antécédents nerveux, héréditaires ou per-

sonnels, et l'absence de tout stigmate hystérique font repousser l'idée d'une hystérie toxique. Les contractures, qui n'ont d'ailleurs pas les caractères des contractures hystériques, sont donc bien sous la dépendance directe de l'intoxication. Le sulfure de carbone a agi ici comme la plupart des substances qui paralysent le système nerveux, et dont les effets hyposthénisants sont, presque toujours, précédés par une excitation préalable des centres nerveux.

Les cas analogues à celui de M. Rendu doivent être absolument rares. Jamais on n'a signalé, dans l'intoxication sulfo-carbonée, une occlusion de la bouche par contracture des masséters; la production de la stomatite par cette occlusion prolongée, et la durée insolite des phénomènes de rigidité donnent aussi un grand intérêt à cette observation.

FORMULAIRE

PATE ANTISEPTIQUE POUR PANSEMENTS. — Socin.

Oxyde de zinc		50 grammes.
Chlorure de zinc	5 à	6 —
Eau distillée		50 —

F. s. a. une pâte qui adhère solidement à la peau, et qui dispense, pour les pansements antiseptiques, d'employer des bandes et du taffetas gommé. — Préparer la pâte au moment d'en faire usage. — N. G.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

— Par décret, en date du 1er novembre 1891, les agrégés des Facultés de médecine dont les noms suivent ont été nommés professeurs à la Faculté de médecine de Lyon : M. Hugounenq, à la chaire de chimie minérale; M. Florence, à la chaire de matière médicale.

— M. le docteur F. Lagrange est chargé d'une mission scientifique en Allemagne et en Autriche, à l'effet d'y poursuivre ses études relatives à la gymnastique médicale.

— M. le docteur Lejard, médecin-inspecteur adjoint à la Préfecture de police, est chargé d'une mission en Espagne, à l'effet d'y poursuivre ses recherches relatives au traitement de la scrofule et de la tuberculose.

CLINIQUE FRANÇAISE (76, rue de Vaugirard, et 30, rue d'Assas). — *Cours de la tuberculose.* — M. le docteur De Backer a commencé son cours le vendredi 6 novembre, à six heures du soir, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Cours de pathologie infantile. — M. le docteur Piogey a commencé son cours le samedi 7 novembre, à cinq heures du soir, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

Cours d'accouchements. — M. le docteur Rey a commencé son cours le mardi 10 novembre, à cinq heures du soir, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Ce cours, essentiellement pratique, sera complet en deux mois.

Cours de thérapeutique. — M. le docteur Degoix a commencé son cours le mercredi 11 novembre, à cinq heures du soir, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Ce cours, essentiellement pratique, sera complet en deux mois.

Cours de bactériologie. — M. le docteur Monin commencera son cours le vendredi 16 novembre, à deux heures du soir, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

Ce cours, essentiellement pratique, sera complet en deux mois.

Cours de pathologie générale. — M. le docteur Laburthe commencera son cours le mardi 17 novembre, à quatre heures du soir, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Cours d'auscultation. — M. le docteur Gapin commencera son cours le jeudi 19 novembre, à une heure et demie du soir, et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

Ce cours, essentiellement pratique, sera complet en deux mois.

S'inscrire au secrétariat de la Clinique française.

Hôpital des Enfants-Malades. — Le docteur Jules Simon recommencera ses cliniques de thérapeutique infantile le mercredi 18 novembre, à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Consultation clinique le samedi.

Maladies des enfants. — Le docteur Legroux, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Trousseau, reprendra, dans cet hôpital, ses conférences de clinique au lit du malade le mercredi 18 novembre, à trois heures et demie, et les continuera le mercredi de chaque semaine, à la même heure, pendant l'année scolaire 1891-92. — Visite le matin à neuf heures, salles Bouvier et Archambault. — Consultations les mardis et vendredis à dix heures.

Dépopulation du Rhône en 1890. — En 1890, il y a eu dans le département du Rhône 15,045 naissances (13,046 légitimes et 1,999 illégitimes) et 18,117 décès, morts-nés exclus (984), soit un excédent de 3,072 décès. Aucun département français n'a eu une dépopulation aussi grande. Le nombre des mariages a été de 5,485 et celui des divorces de 175.

Des quatre départements limitrophes, l'Ain et l'Isère ont vu également leur population diminuer; le premier a un excédent de 1,394 décès, le second de 2,560. Le département de la Loire et celui de Saône-et-Loire sont mieux partagés, celui-là a un excédent de 719 naissances, celui-ci de 864. (*Lyon médical.*)

Hygiène des chemins de fer. — *Eclairage des trains par l'électricité.* — On vient d'éclairer à l'électricité l'un des trains express qui font le service de Berlin à Francfort. Les résultats obtenus, à la suite de ce premier essai, ont été très satisfaisants et font espérer qu'on dotera les chemins de fer de ce pays de ce mode d'éclairage.

Nous sommes loin d'en être là en France, toutes ces questions n'intéressant guère les Compagnies de chemins de fer. (*Progrès méd.*)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur G. Alphandéry (d'Alais).

Société de médecine de Paris. — Séance du 14 novembre 1891. — *Ordre du jour* : 1. M. Wickham : Traitement de la cystite aiguë blennorrhagique par l'essence de Santal. — 2. M. Dubrisay : De l'influence des bains de mer et de l'atmosphère marine sur la tuberculose cérébrale chez les enfants.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Le chimisme stomacal et le traitement des maladies de l'estomac (1).

IV

Le beau livre de M. Dujardin-Beaumetz est essentiellement pratique. Il résume avec précision et clarté tout ce que les recherches les plus récentes nous ont appris sur le traitement si difficite des maladies de l'estomac.

Nous ne pouvons passer en revue, avec l'auteur, toute la pathologie gastrique; aussi nous bornerons-nous à résumer, d'après lui, le traitement de deux des affections les plus fréquentes de l'estomac : la gastrite chronique ou catarrhe gastrique et la dilatation.

Le catarrhe gastrique reconnaît comme origine principale l'usage immodéré des boissons alcooliques; il peut conduire aux ulcérations gastriques et à l'atrophie des glandes de l'estomac.

Au début, il y a augmentation de l'acidité du suc gastrique. Il convient donc d'employer les alcalins, d'autant plus que Ch. Richet a montré que les alcalins, introduits dans l'estomac à hautes doses, neutralisent l'acidité du suc gastrique. Les poudres atténuent la sécrétion de ce sucre ou du

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 10 et 12 novembre 1891.

FEUILLETON

Service militaire et service de santé.

Les projets de loi sur la réorganisation de l'exercice de la médecine ont soulevé diverses questions, dont la plus vitale, pour certains de nos confrères, est celle du maintien ou de la suppression des officiers de santé. Mais il en est une non moins importante que les auteurs de projets ont laissée de côté, et sur laquelle notre confrère le docteur Corlieu vient d'appeler l'attention.

Tout en malmenant nos médecins législateurs, avec le talent de plume que nous lui connaissons, M. Corlieu, dans la *France médicale*, leur donne quelques conseils qu'ils peuvent encore, heureusement, mettre en pratique.

« Ils sont au Sénat et au Palais législatif une cinquantaine de médecins — les uns, étoiles de première grandeur, les autres, étoiles filantes, — et, jusqu'à présent, à part un seul qui a donné son nom à une loi protectrice de l'enfance, ils n'ont guère signalé leur présence par des actes qui soient de nature à sauver leur nom de l'oubli ou qui puissent leur mériter la reconnaissance de leurs confrères présents ou futurs. Dans aucune des lois, dans lesquelles les intérêts médicaux sont en jeu — intérêts qui en valent bien d'autres, — nous cherchons en vain une intervention dans les discussions législatives. Nous ne demandons pas à nos confrères l'éloquence des de Broglie, des

moins provoquent une sécrétion non acide, ou bien très peu acide et le plus souvent une sécrétion de mucus.

Parmi les alcalins, le bicarbonate de soude est le plus employé. Le mieux est de le donner aux doses de 1 à 2 grammes deux heures après les repas. On peut aussi dissoudre le sel dans l'eau, 4 grammes par litre. Cette préparation est naturellement très inférieure aux eaux alcalines naturelles.

A Vichy, il y a des eaux froides et des eaux chaudes; toutes contiennent de 4 à 5 grammes de bicarbonate par litre. Si elles sont transportées, il faut toujours prescrire les froides. On les fait prendre au moment du repas, pures, non mélangées au vin; quand elles sont bien supportées, on peut donner deux verres par jour et plus. Les eaux dites de Vals, toutes froides à leur émergence, renferment de 1 à 9 grammes de bicarbonate.

Les poudres dites *inertes*, très nombreuses, ont pour base le sous-nitrate et le salicylate de bismuth, le phosphate et le carbonate de chaux que l'on peut administrer isolément aux doses de 0,50 à 1 gramme. Ces poudres agissent du reste aussi comme alcalins. Le plus souvent on fait des associations complexes; une des meilleures poudres est celle dite de Paterson. En voici la formule :

Sous nitrate de bismuth	ãã 1 décigramme.
Hydrate de magnésie	
Sucre blanc pulvérisé......................	8 décigrammes.

A prendre en une fois.

Aux poudres et aux potions, dont il serait facile de varier les formules, on peut joindre l'usage des médicaments antifermentescibles qui empêchent l'action trop prompte du suc gastrique. Pinalli a conseillé le sulfite de soude, 5 grammes dans 150 grammes d'eau.

Dans le catarrhe de l'estomac, Coutaret vante la médication acide, mais il est à peu près seul de son opinion.

Les vins doivent être défendus aux malades atteints de gastrite chronique; s'ils ne peuvent s'en passer, on ne leur permettra que des vins peu

Foy, des Gambetta ; mais, il en est cependant qu'on peut considérer comme d'habiles orateurs.

Nous laissons de côté la fameuse loi sur les patentes des médecins, loi dans laquelle nous paraîtrions plaider *pro domo nostra.* Mais, il en est une qui a été discutée et votée sans qu'aucun médecin ait pris la parole; nous voulons parler de la loi militaire.

Nous sommes partisans du service militaire obligatoire *pour tous.* Boiteux et bossus, myopes et presbytes peuvent rendre des services dans les bureaux aussi bien et mieux peut-être que beaucoup de jeunes soldats valides, dont on fait des non-valeurs en les employant dans les administrations militaires et en les classant dans les compagnies *hors rang.*

Le service obligatoire s'impose aussi bien pour les étudiants en médecine que pour les séminaristes et pour les professeurs. Mais au moins faudrait-il que ce service fût fait utilement et non d'une façon fort critiquable.

On demande une année de service à l'étudiant en médecine : c'est justice. Mais que fait-il pendant cette année? Il épluche des pommes de terre, fait des corvées pendant quelques mois ; puis, il apprend l'exercice du fusil. Cela dure à peu près six mois. Pendant les six autres mois, le jeune étudiant peut aller à l'hôpital ou suivre des cours. En somme, au bout de ce temps, il n'a rien appris, pas plus pour le service militaire que pour le service médical. C'est, il faut l'avouer, une année absolument perdue, aussi bien pour l'intérêt général que pour l'intérêt particulier.

Si nous avions la guerre (nous l'avons vu en 1870), le nombre des médecins serait

alcoolisés et surtout des vins naturels, tels que certains crus du centre et de Bordeaux ou encore des vins blancs légers que l'on pourra mélanger à l'eau de Vichy. Jamais l'alcool pur ne doit être toléré.

Le régime végétarien convient à tous les cas de catarrhe gastrique; les malades doivent toujours éviter les mets trop épicés.

Quand la maladie est assez avancée, les patients doivent se soumettre plus ou moins longtemps au régime lacté. Le traitement par le lait, dit M. Dujardin-Beaumetz, rend des services immenses, et l'état de l'estomac s'améliore avec la plus grande rapidité.

On ne doit pas supprimer brusquement l'usage des alcools, quand on constate les signes généraux de l'alcoolisme. Il y a alors avantage à prescrire les laits fermentés ; koumys, kéfir et galazyme. Dès que l'on peut ne plus donner d'alcool, on met le malade au lait pendant quelques jour, huit jours, par exemple, à la dose de 2 à 3 litres par jour. Il est bon de couper ce lait avec de l'eau de Vichy, deux verres à peu près, de façon à ce qu'il y ait 1 à 2 grammes de bicarbonate par litre. Ce n'est que lorsque tout phénomène d'irritation stomacale aura disparu que l'on permettra des potages au lait, des semoules, des crèmes, et cela pendant une huitaine. Après ce temps, on commencera doucement à donner d'autres aliments, même un peu de vin blanc, mais on aura soin d'exclure pendant longtemps l'alcool et les autres vins.

Le lavage de l'estomac donne de très bons résultats dans la gastrite des buveurs. Après chaque lavage, M. Dujardin-Beaumetz conseille de donner au malade du lait dans lequel il introduit une certaine quantité de viande (100 grammes, par exemple). Lorsqu'il y a des douleurs vives en même temps que du catarrhe, on peut prescrire le lait de bismuth.

Le traitement thermal doit être formulé avec soin. Au début, il convient d'éviter les eaux ferrugineuses et celles qui sont trop chargées d'acide carbonique; on ordonnera surtout Vichy, et, s'il faut une eau moins minéralisée, Bagnols-de-l'Orne, Alet et Evian. Pour la gastrite avec pituite, on choisira Vichy, Royat, Saint-Nectaire, Hambourg, Kissingen, etc.; les

---

insuffisant. A quoi aurait servi au jeune étudiant l'année qu'il a passée sous les drapeaux? Devenu médecin et rappelé au service, il ne connaîtrait rien de la réglementation militaire hospitalière. Ce serait pour lui un nouvel apprentissage à faire. Nos médecins législateurs n'ont pas prévu le cas, ou, s'ils l'ont prévu, ils n'en ont rien dit, ce qui est plus qu'une faute de leur part.

Ne serait-il pas plus juste, plus rationnel, d'imposer cette année de service après la réception au doctorat, sous certaines conditions que nous ne pouvons émettre actuellement? On rétablirait, en faveur de ces jeunes docteurs, le grade de médecin sous-aide-major, et cette année de service, faite dans un régiment ou dans un hôpital, serait plus fructueusement employée qu'au maniement du fusil ou à l'épluchage des pommes de terre. Le jeune sous-aide se formerait ainsi aux règlements hospitaliers militaires. Si les sept Facultés de médecine nous fournissent chaque année 500 à 600 docteurs civils, ce serait chaque année autant de sous-aides-majors, qui seront toujours prêts en cas de guerre continentale.

Nos médecins législateurs n'y ont pas songé.

La loi qu'on va proposer sur l'officiat de santé va-t-elle leur faire rompre le silence?

Nous n'avons pas à rappeler ici les motifs qui ont amené la création de ce second ordre de médecins. Ils sont connus. La commission sénatoriale, chargée d'examiner et de rapporter la loi sur l'exercice de la médecine votée par la Chambre des députés, et qui n'a amené que deux ou trois confrères à la tribune, MM. Bourgeois (de la Vendée), Delestable, Isambart, cette commission a jugé à propos, avant de se prononcer, de con-

eaux de Châtel-Guyon, de Saint-Moritz, de Brides, etc., sont moins actives.

Carlsbad est le type des eaux sulfatées sodiques; le séjour à cette station est surtout utile dans les irritations gastro-intestinales, d'autant plus que l'hygiène alimentaire y est très surveillée. Coutaret recommande beaucoup Saint-Nectaire.

V

Le traitement de la dilatation de l'estomac comporte deux grandes indications : modifier l'état fonctionnel de l'estomac et de l'intestin, combattre les troubles secondaires, deutéropathiques, qui résultent de ces troubles fonctionnels.

Pour remplir la première indication, on agit soit par l'antisepsie médicale, soit par des procédés mécaniques.

L'antisepsie médicale comprend : les moyens pharmaceutiques qui ont pour but de modifier les fermentations stomacales et intestinales; puis les laxatifs et enfin un régime alimentaire spécial.

Les médicaments antiseptiques les plus usités sont le charbon, le salicylate de bismuth, le naphtol et le salol.

Le charbon est assez puissant pour faire disparaître l'odeur des gardes-robes, mais il ne les prive pas de leur pouvoir septique. Le salicylate de bismuth est très utile; il renferme toujours de l'acide salicylique libre. Il y a deux naphtols : les naphtols α et β; le premier est plus soluble, mais plus irritant que le second.

Le salol est un salicylate de phénol qui ne se décompose que dans les milieux alcalins. On peut associer ces trois corps ou l'un d'entre eux avec des alcalins et faire ainsi un très grand nombre de formules.

Lorsqu'il y a de la putridité stomacale et intestinale, une des meilleures formules est la suivante :

Salicylate de bismuth.......................}
Salol..} àâ 10 grammes.
Magnésie anglaise..........................}

En trente cachets.

---

sulter les Conseils généraux, afin de savoir s'il y avait lieu de conserver ou d'abolir les officiers de santé. C'est accorder aux conseillers une compétence qu'ils n'ont pas. Pendant qu'on y est, pourquoi ne pas les consulter aussi sur la réforme de l'orthographe et sur la nécessité de modifier les uniformes militaires?

Prenons au hasard un département, celui de l'Aisne, par exemple. Le Conseil général a maintenu les deux ordres de médecins. Bien qu'il y ait parmi les conseillers généraux des médecins, même un ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien législateur, le rapporteur a été un jeune sous-chef de bureau au ministère de l'intérieur, nullement au courant des choses de la médecine, et a conclu au maintien des officiers de santé.

Si nous consultons les annuaires de ce département, nous voyons que, en 1852, il y avait 169 officiers de santé et 90 docteurs en médecine. En 1890, la proportion est contraire, il y a 58 officiers de santé contre 127 docteurs. La diminution du nombre des praticiens s'explique par la plus grande facilité des moyens de communication et le meilleur état des routes. Les officiers de santé eux-même condamnent l'officiat, puisqu'aucun d'eux ne s'est contenté du diplôme d'officier pour son fils (!). (Ceci n'est pas exact; je connais au moins un officier de santé qui a dû se contenter du même grade pour son fils; il est vrai que celui-ci a commencé ses études par des inscriptions de docteur, et qu'il les a terminées... *in piscem*.) Fermons la parenthèse,

La statistique et les faits sont donc pour l'abolition de l'officiat de santé.

Laissons donc de côté l'opinion des Conseils généraux; songeons à l'intérêt général des populations. Reconnaissons les services qu'en d'autres temps les officiers de santé

On doit chasser au dehors les toxines de l'intestin. On y arrive par les laxatifs, eaux minérales naturelles ou poudres composées.

Nous n'insisterons pas sur le régime alimentaire dans la dilatation; il a récemment été exposé ici même.

Les agents mécaniques s'adressent directement à l'estomac et à l'intestin.

Le lavage de l'estomac doit être réservé pour la cure des dilatations considérables; quand il y a une putridité stomacale très marquée, il est bon de se servir, pour le lavage, de solutions naphtolées, 50 centigr. de naphtol α pour un litre d'eau. Il ne faut pas laver trop souvent les dilatés; on ne fera l'opération qu'une fois par jour ou même tous les deux jours. Quelquefois, quand on répète trop souvent les lavages, il se produit des accidents nerveux et tétaniformes qui peuvent entraîner la mort.

L'électricité a été appliquée à la cure de la dilatation de l'estomac; elle ne semble produire aucun résultat. Le massage est mieux indiqué; non pas qu'il guérisse la dilatation, mais il active le passage des aliments de l'estomac dans l'intestin. Les ceintures abdominales ont été très recommandées par Glénard; elles conviennent quand il y a des dilatations considérables, et surtout quand le rein est déplacé.

Glénard a aussi beaucoup vanté les eaux alcalines dans le traitement de la dilatation. Deschamps soutient la supériorité des eaux de Châtel-Guyon. En tout cas, on ne devra jamais prescrire d'eaux gazeuses; les eaux d'Alet et de Pougues sont celles qui conviennent le mieux pour la table.

La dilatation de l'estomac est un état deutéropathique; il faut donc traiter les états pathologiques causes de cette dilatation. L'hydrothérapie, la kinésithérapie, les exercices conviendront s'il y a des troubles nerveux, tandis que, dans d'autres cas, il faudra s'adresser à la médication de l'arthritisme.

M. Dujardin-Beaumetz donne le modèle d'une ordonnance s'appliquant à une dilatation moyenne de l'estomac.

1° Le malade prendra, à chacun de ses repas, un des cachets suivants :

---

ont rendus au pays, laissons-les s'éteindre honorablement et demandons que dorénavant ce grade soit supprimé : *Salus populi suprema lex esto!* »

***

Dans son article, M. Corlieu a fait allusion à la possibilité de la guerre. *Di omen avertant!* Cependant, si ce fléau vient, il sera reçu dans de meilleures conditions qu'en 1870. La nation russe nous donnera probablement un bon coup d'épaule. Sans vouloir faire ici de la politique, et restant dans le monde universitaire, il se produit entre étudiants Allemands et Russes des symptômes d'une division profonde. Que sera-ce dans l'avenir!

Le correspondant russe du *Soleil* rapporte à ce propos un fait qui vient de se passer et qui est bien significatif :

Chaque jour qui s'écoule, dit l'auteur, semble creuser plus profondément l'abîme qui sépare le monde slave du monde germanique. Un incident récent, sur lequel les journaux ont fait silence, vient de révéler encore l'intensité des haines et la profondeur du mal.

On sait avec quelle âpreté les deux races allemande et russe se disputent les provinces baltiques, où l'indulgente faiblesse des anciens tsars avait laissé se développer, en toute liberté, l'influence germanique. La population, de race esthonienne ou livonienne, avait été brutalement germanisée par l'aristocratie des hobereaux allemands. Je ne re-

Salicylate de bismuth		
Magnésie anglaise	ãã	10 grammes.
Bicarbonate de soude		

En trente cachets.

2° Prendre le soir, en se couchant, dans un demi-verre d'eau, une cuillerée à dessert de la poudre suivante :

Follicules de séné passés à l'alcool, en poudre.	ãã	6	grammes.
Soufre sublimé			
Fenouil en poudre	ãã	3	—
Anis étoilé en poudre			
Crème de tartre pulvérisée		2	—
Réglisse en poudre		8	—
Sucre en poudre		25	—

3° Prendre chaque jour une douche froide en jet le long de la colonne vertébrale. La durée de la douche ne dépassera pas quinze secondes (si c'est une dame, on devra doucher les pieds avec de l'eau chaude). Frictions sèches énergiques, après la douche, avec un gant de crin.

4° Les promenades en plein air, les exercices musculaires (gymnastique de l'opposant, escrime, etc.) sont favorables.

Enfin, la prescription est complétée par le régime alimentaire que nous avons eu occasion d'indiquer dans une Revue récente.

Ce court résumé suffira, nous l'espérons, pour montrer combien M. Dujardin-Beaumetz a su rendre clair et pratique le traitement si embrouillé et si encombré des maladies de l'estomac.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 novembre 1891. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : Traitement des suppurations pelviennes par la méthode de Péan.

M. Quénu, depuis la discussion qui a eu lieu sur la méthode de Péan dans le traite-

viens pas sur les détails de cette longue lutte, que je vous ai déjà plusieurs fois esquissée. Qu'il vous suffise de savoir ceci : Il y a quinze ans, un Russe, habitant ces provinces, était traité en étranger, en paria. La seule langue du pays était l'allemand. C'est en langue allemande qu'étaient professés tous les cours de l'Université russe de Dorpat, et professés par des fruits secs directement expédiés de Berlin. La noblesse allemande des trois provinces était affranchie du service militaire. En maint endroit, elle avait remplacé le code russe par le code prussien.

Ce scandale ne pouvait durer. Déjà le tsar Alexandre II, d'humeur si conciliante et si libérale, avait promulgué les premières mesures défensives. Le général Vannowsky, ministre de la guerre, avait courbé les gentilshommes allemands sous le niveau commun du service militaire obligatoire. Le clergé russe avait entrepris la même croisade, dressant autel contre autel, et opposant, au culte protestant de Luther, la foi orthodoxe. Ce n'était pas assez. La coutume allemande fut supprimée par un ukase, et la loi russe, infiniment plus douce et plus humaine que le droit féodal germanique, la remplaça. Enfin, l'Université de Dorpat, devenue complètement allemande, fut russifiée.

Dès aujourd'hui, tous les cours de droit se font en langue russe. C'est en russe également que deux professeurs enseignent la médecine et six autres la philologie. L'année prochaine, trente-cinq cours, c'est-à-dire la presque totalité de l'enseignement, seront professés en langue nationale.

Enfin, à partir de 1892, tous les examens, sans exception, devront avoir lieu exclusivement en russe.

ment des suppurations pelviennes, a opéré 11 femmes par cette méthode. Dans tous les cas, il s'agissait de salpingites purulentes ou catarrhales. Quelques-unes de ces observations présentent des particularités notables.

Le premier cas se rapporte à une femme de 44 ans, atteinte de pelvi-péritonite à poussées successives, avec métrorrhagies, douleurs abdominales, etc. L'opération fut dificile et ne permit d'ouvrir qu'une poche; quinze jours plus tard, on dut en ouvrir une autre et la guérison finit par survenir.

Dans le second cas, la malade était atteinte d'une métrite qui avait été traitée sans grand succès par le chlorure de zinc; l'ablation de l'utérus et des annexes enflammées fut suivie de la guérison.

La troisième opérée avait de nombreuses poches purulentes et l'hystérectomie ne put empêcher la formation d'une fistule vaginale stercorale.

Il y avait dix ans que la quatrième malade était atteinte de suppuration des annexes. L'hystérectomie simple suffit à la guérir.

Deux autres cas sont encore à noter. Dans l'un, il y eut une fistule vagino-stercorale qui guérit rapidement; dans l'autre, où il s'agissait aussi d'une collection ouverte dans le rectum, la guérison est en bonne voie.

Les cinq autres observations ont donné une mort causée par une perforation de la veine, suivie d'infection. Parmi ces observations, se trouve un cas tout particulier. Il se rapporte à une femme de 23 ans, multipare, qui présentait depuis plusieurs mois des crises de douleurs abdominales, s'accompagnant de ballonnement, sans fièvre ni vomissements. Les règles étaient supprimées et il y avait une grosse tumeur. L'opération permit d'ouvrir des poches situées entre la vessie et l'utérus. Actuellement, l'état est bien meilleur, mais la guérison n'est pas encore complète.

Les 11 opérations ont donc donné 10 succès, dont 9 complets et une mort.

M. Quénu a modifié la technique de M. Segond. Il sectionne l'utérus d'avant en arrière, sauf quand l'enclavement est tel qu'il n'y a plus aucune règle à suivre. Le morcellement et l'ouverture des poches purulentes se font mieux et l'on a moins à craindre l'hémorrhagie. Il est utile de mettre des fils de soie à la place des deux premières pinces latérales, car la suite de l'opération est plus facile. On ne doit pas abuser des injections pendant l'opération; si le péritoine n'est pas ouvert, elles sont sans inconvénients, mais, dans le cas contraire, elles peuvent infecter la séreuse. Les éponges sont donc préférables.

Quelles sont les indications de l'opération? Quand il s'agit de salpingo-ovarites non

---

Cette réforme profonde de l'enseignement en Livonie devait exercer une influence considérable sur les étudiants. Il y a dix ans, aucun Russe, ou à peu près, ne fréquentait les cours de Dorpat. Aujourd'hui, la jeunesse universitaire livonienne se partage en deux camps bien tranchés : les Allemands d'un côté, les Russes de l'autre. Les étudiants allemands ont conservé leur organisation corporative, leurs costumes, leurs drapeaux, leurs fêtes bruyantes, auxquelles les Russes se gardent scrupuleusement de jamais prendre part. Ces derniers vivent isolés, ou en étudiants libres, ce qui leur a fait donner, par leurs adversaires, le surnom de Füchse (renards).

A Dorpat, en Livonie, tout comme à Prague, en Bohême, il était évident que la juxtaposition de ces deux éléments hétérogènes et réfractaires, le Germain et le Slave, devait amener, tôt ou tard, quelque collision. Si l'étudiant allemand est bruyant et tapageur, l'étudiant russe est généralement silencieux et taciturne. Il a l'attitude modeste, qui diffère si profondément des allures de tranche-montagne affectées volontiers par les représentants de l'enseignement tudesque.

Dans les premiers temps, Allemands et Russes vécurent, sinon en bonne intelligence, du moins en paix, se parlant peu et ne se fréquentant pas.

Mais, il y a environ quinze jours, un incident inattendu mit le feu aux poudres. Les étudiants russes, chez qui l'esprit de solidarité est extrême, avaient organisé un bal au bénéfice de leurs camarades peu fortunés. Une partie de la colonie russe avait répondu à leur appel, et rien ne semblait devoir troubler cette petite fête de bienfaisance, quand tout à coup, au milieu des danses, les étudiants allemands, qui n'avaient pas été con-

suppurées, si d'autre part une collection purulente est bien imminente, sans adhérences très développées, on peut faire la laparotomie. L'hystérectomie est préférable pour les abcès ouverts dans le rectum, ceux qui sont enclavés par des adhérences, pour les pelvi-péritonites.

Il ne faut pas oublier que, dans la laparotomie, l'hémostase est plus facile et que l'on court beaucoup moins de risques de blesser la vessie.

Au moment de la première discussion, M. Terrier n'avait pas eu occasion de pratiquer le morcellement de l'utérus. Il avait tenu seulement à défendre la laparotomie qui lui a donné de nombreux succès. Depuis ce temps, M. Terrier a eu recours à l'hystérectomie dans les vieilles suppurations pelviennes avec enclavement de l'utérus, nombreuses poches purulentes et plastron abdominal. Il n'a, du reste, rencontré que deux cas de ce genre.

Le premier cas se rapporte à une femme de 45 ans, malade depuis quinze ans et ayant une inflammation péri-utérine avec nombreux abcès. L'hystérectomie fut très difficile parce que les adhérences étaient très vasculaires et très nombreuses; la section de l'utérus fut faite sur la ligne médiane et la vessie épargnée. Malheureusement, des accidents septiques se développèrent et la mort survint rapidement.

La seconde malade avait une pelvi-péritonite double avec adhérences multiples et était souffrante depuis deux ans. L'opération fut beaucoup plus facile et la cavité péritonéale ne fut pas ouverte; les annexes furent laissées en place et l'opérée guérit.

Pour M. Terrier, l'hystérectomie est une opération non de choix, mais de nécessité. On ne doit y avoir recours que dans les cas très rares, dans lesquels la laparotomie semble devoir être impossible.

M. Segond fait d'abord remarquer que la plupart des chirurgiens regardent l'hystérectomie comme indiquée, seulement lorsque la laparotomie est dangereuse; elle ne serait donc qu'une opération d'exception. C'est là une erreur, et l'hystérectomie vaginale doit être choisie de préférence toutes les fois que l'on veut enlever l'utérus, quand il y a des collections purulentes ou des salpingites kystiques certainement doubles.

M. Segond a fait 64 hystérectomies vaginales pour salpingites; il a eu 8 morts qui sont survenues dans des cas très graves.

L'hystérectomie est une opération assez difficile; on doit toujours, quand on la pratique, voir ce que l'on fait et bien assurer l'hémostase. Ainsi que l'a dit M. Terrillon, l'hémorrhagie est très minime dans beaucoup de cas; malgré cela, les pinces sont pré-

---

viés, se ruèrent dans la salle. Ils sortaient d'une brasserie, et la plupart d'entre eux avaient laissé la raison au fond des verres d'eau-de-vie et des chopes de bière. Ils commencèrent à insulter grossièrement les danseuses, et l'un d'entre eux, fils d'un baron livonien, se permit de déchirer la robe que portait la femme du juge de paix.

Ces mœurs ne sont pas les nôtres, et l'impudence de ces rustres méritait une sévère correction. Je vous prie de croire qu'elle leur fut donnée sur l'heure. En quelques minutes, les étudiants allemands étaient précipités au bas de l'escalier.

Mais c'est ici que l'incident s'aggrave. Les Allemands expulsés appellent à leur secours leurs compatriotes, et bientôt la salle de danse est encore une fois envahie par une troupe furieuse, armée de cannes à épée et de revolvers. Vous voyez d'ici le tableau. Les femmes s'évanouissent. Les jeunes gens se ruent les uns sur les autres, au comble de la fureur. Les Allemands entonnent leur *Wacht am Rhein*, entremêlé du cri de : « Vive l'empereur Guillaume ! » Les Russes répondent par l'hymne national, que vous connaissez bien, et qu'ils accompagnent de la *Marseillaise*.

La foule s'amasse. Jamais la petite ville de Dorpat n'avait assisté à pareille scène.

Culbutés, chassés, dispersés, les étudiants allemands prennent la fuite. Mais rien ne peut plus contenir la colère des Slaves. Ils se précipitent à leur poursuite, envahissent, à leur tour, le local de la Société allemande, que leurs adversaires n'osent plus défendre. Les portes sont défoncées, les meubles brisés et jetés par les fenêtres. Les plus exaspérés mettent le feu à la maison. D'autres vont relancer les Allemands jusque dans leurs demeures et n'en sortent qu'après avoir tout saccagé.

férables aux fils à mesure que l'on fait les sections. C'est surtout au début, au moment où l'on incise circulairement autour du col, que l'on peut observer un écoulement sanguin assez abondant; on doit continuer l'opération sans s'effrayer.

M. Quénu conseille de sectionner l'utérus d'avant en arrière; ce mode d'agir est possible quand l'utérus est abaissable; quand il est fixe, le morcellement par étages est préférable et permet d'éviter plus facilement la vessie et le rectum. Il est inutile de placer un fil sur le segment inférieur du ligament large.

M. Segond a vu une fois se produire des collections purulentes consécutives.

Sur 81 hystérectomies vaginales pratiquées pour affections diverses, M. Richelot n'a eu que 4 morts.

M. Bazy considère que les hystérectomies pour cancer sont plus graves que les autres.

C'est aussi l'avis de M. Segond.

— M. Reynier montre une pièce de grossesse extra-utérine, opérée depuis cinq jours; il n'est pas survenu d'accident.

— M. Moty présente un rein renfermant des calculs; la lithiase avait été méconnue pendant la vie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 octobre 1891. — Présidence de M. Leudet.

Lecture et adoption du procès-verbal.

A propos du procès-verbal, M. Reliquet donne les détails suivants sur le malade dont il a parlé à la dernière séance :

J'ai opéré d'une hydrocèle un homme de 60 ans, d'une bonne santé apparente, dont je ne connaissais pas les habitudes de métier. Tous les matins, il passait trois ou quatre heures, dans ses immenses caves à goûter des vins. Il goûtait, jamais il n avalait.

L'injection de teinture d'iode fut suivie d'un sphacèle de la vaginale. Tous les antiseptiques appliqués, soit en poudre, soit en solution, en pansement provoquaient des éruptions eczémateuses humides très étendues et tenaces. La poudre d'oxyde de zinc fut le seul pansement qui calma l'eczéma.

Ce malade, quelques jours après l'opération, eut des hallucinations. Le jour et la nuit,

---

La police, peu nombreuse, avait été complètement débordée. Il fallut l'arrivée des troupes pour calmer la fureur des combattants. Les blessés étaient nombreux de part et d'autre, et plusieurs d'entre eux n'ont pas survécu.

***

Le peuple fera bientôt comme les étudiants. Depuis Cronstadt, le peuple sait que le tsar n'aime plus les Allemands, mais les ennemis des Allemands. En cas de guerre, ceux-ci seraient traités plus mal que les Juifs. Si jamais ce jour néfaste arrive, que d'horreurs se passeront dans les pays voisins de la frontière. Simplissime.

Potion contre les vomissements incoercibles. — Randolph.

Créosote	X gouttes.
Acide acétique	XX —
Sulfate de morphine	0 gr. 06 centig.
Eau distillée	30 grammes.

F. s. a. une solution, dont on administre deux à trois cuillerées à café toutes les demi-heures. — N. G.

il divaguait, il nous racontait les choses les plus singulières. Redevenu bien, il se rappelait ce qu'il nous avait dit.

Tous ces troubles cérébraux ont cessé lorsque nous avons redonné du vin au malade. Ce qui fut fait, dès que je connus ses habitudes quotidiennes de goûtage.

— La Société reçoit, outre les journaux et revues habituels, le *Compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de Gannat*, 1890-1891; la *Revue des travaux scientifiques du ministère de l'instruction publique*, t. X, n° 12, et t. XI, n°s 3 et 4.

— Le Secrétaire général fait, au nom du Bureau, la proposition suivante relative au Prix Duparcque à décerner en 1893 :

La Société de médecine de Paris offre un prix de 1,500 francs (plus une médaille d'or de 100 francs) au meilleur travail, *manuscrit* ou *imprimé*, qui aura paru dans le courant de 1891 ou 1892, sur un sujet quelconque afférant à la *tuberculose*. Les mémoires devront être parvenus au secrétariat, 3, rue de l'Abbaye, avant le 31 décembre 1892. (Adopté.)

— MM. de Valcourt et Guiter (de Cannes), membres correspondants, assistent à la séance.

— M. Duroziez fait une communication sur les *lésions aortique et mitrale combinées*. (Sera publiée.)

M. de Beauvais : Dans son intéressante communication, M. Duroziez nous dit que le rhumatisme et la scrofule se touchent. C'est la première fois que j'entends une affirmation de ce genre, et je serais heureux d'apprendre sur quoi elle s'appuie.

M. Duroziez : Je considère le rhumatisme comme une lésion héréditaire, un défaut de conformation de l'individu. La scrofule également. Tous deux dérivent d'une origine commune, d'un vice originel. Sans doute, il y a des adultes qui ont été atteints de rhumatisme accidentel à la suite de misères comme celles de 1870; mais, quant on voit des enfants de 8 à dix ans, criblés de rhumatismes, évidemment ce n'est pas par accident.

M. de Beauvais : Je ne nie pas que le rhumatisme soit héréditaire, mais la question que je pose est tout autre. Je demande à M. Duroziez quel rapport il voit entre le rhumatisme et la scrofule?

M. Dubuc : M. Duroziez nous dit que, lorsque le pouls est à 100, il y a état pathologique de la tricuspide. Est-ce d'une façon générale? Ou seulement dans les maladies du cœur?

M. Duroziez : Les cavités droites du cœur palpitent plus vite que les cavités gauches.

M. de Beauvais : Pourquoi? Le ventricule droit est plus mince que le gauche, pourquoi se contracterait-il plus?

M. Duroziez : Parce qu'il a une masse moindre à remuer. Chez les animaux, le cœur bat d'autant plus vite qu'ils sont plus petits.

M. Leudet : M. Duroziez a-t-il rencontré fréquemment des lésions tuberculeuses dans les maladies du cœur?

M. Duroziez : Il est difficile de se prononcer d'une manière générale. Dans les adhérences du péricarde, il faut certainement tenir compte de la tuberculose.

M. Guiter (de Cannes) : J'observe un jeune homme qui, à l'âge de 15 ans, avait un rétrécissement mitral avec insuffisance; il a 23 ans maintenant, est devenu élève en pharmacie, et, à la suite de fatigues excessives, est devenu tuberculeux (hémoptysies, bacilles, etc.). Le traitement par injections créosotées a donné des résultats excellents. Ce jeune homme est également rhumatisant, il a eu des douleurs vagues.

M. Duroziez : Je ferais comme M. Guiter : je traiterais ce malade comme un tuberculeux.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

COURRIER

Le samedi 12 décembre 1891, à deux heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, à l'adjudication, en deux lots et sur soumissions cachetées, des *bandages*, *pessaires*, *bas élastiques*, etc., nécessaires au service de l'Administration pendant l'année 1892.

L'importance de la fourniture est évaluée à 25,000 francs pour chaque lot.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au secrétariat général de l'Administration, avenue Victoria, n° 3, tous les jours non fériés, de onze heures à quatre heures.

— Le samedi 12 décembre 1891, à deux heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, à l'adjudication au rabais et sur soumissions cachetées, de la fourniture des *appareils* et *instruments de chirurgie en gomme, caoutchouc, verre*, etc., nécessaires au service des différents établissements de l'Administration pendant l'année 1892.

1er lot.	Instruments en gomme et caoutchouc........	16,000 francs.
2e lot.	d° d°	16,000 —
3e lot.	Articles de caoutchouc......................	12,000 —
4e lot.	Articles divers (irrigateurs, thermomètres, etc.).	20,000 —

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au secrétariat général de l'Administration, avenue Victoria, n° 3, tous les jours non fériés, de onze heures à quatre heures.

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Springer est nommé chef du laboratoire de pathologie physiologique dans le service de clinique médicale de M. le professeur Potain, à l'hôpital de la Charité, en remplacement de M. le docteur Vaquez, appelé à d'autres fonctions.

M. Critzmann, interne des hôpitaux, est nommé préparateur d'anatomie pathologique, à l'Ecole pratique de la Faculté, en remplacement de M. Hudelo, appelé à d'autres fonctions.

— M. le professeur Pinard a commencé le cours de clinique d'accouchements et de gynécologie le vendredi 13 novembre, à neuf heures du matin (clinique Baudelocque, 123, boulevard de Port-Royal), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Ordre du cours : Lundi et vendredi, leçons de clinique obstétricale à l'amphithéâtre, par le professeur ; mercredi, leçon et opérations de gynécologie et de chirurgie infantile, par les docteurs Paul Segond et Kirmisson; mardi et samedi, leçons de diagnostic obstétrical, par le docteur Varnier, chef de clinique, à quatre heures. Tous les jours, à cinq heures, cours pratique et manœuvres obstétricales, par les docteurs Potocki, Lepage, Wallich et Bouffe de Saint-Blaise, répétiteurs. Visite tous les matins, à neuf heures.

— M. le professeur Laboulbène commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, le samedi 14 novembre 1891, à quatre heures (petit amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Dans la première leçon, le professeur résumera la biographie et les œuvres de Thomas Sydenham.

— M. le professeur Le Fort reprendra son cours de clinique chirurgicale, à l'hôpital de la Pitié, le lundi 16 novembre 1891, à dix heures du matin, et le continuera les mercredis et lundis suivants, à la même heure.

Lundi, mercredi et vendredi, à neuf heures, exercices cliniques sous la direction du professeur, pour les élèves de quatrième et de cinquième années.

Les élèves qui désireraient y prendre pa sont invités à s'inscrire auprès de M. le docteur Lejars, chef de clinique.

— M. le professeur Potain commencera son cours de clinique médicale, à l'hôpital de

la Charité, le mardi 17 novembre 1891, à dix heures, et le continuera les samedis et mardis de chaque semaine, à la même heure.

La visite des malades aura lieu à huit heure et demie du matin.

Leçons de séméiologie, par M. Vaquez, chef de clinique, les vendredis, à dix heures.

Démonstrations d'anatomie pathologique, par M. Suchard, chef du labaratoire d'anatomie pathologique, tous les jours.

— M. le professeur Alfred Fournier commencera son cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, le vendredi 20 novembre 1891, à neuf heures et demie du matin (hôpital Saint-Louis), et le contiuuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Ordre du cours : les mardis, leçons au lit des malades; les vendredis, leçons à l'amphithéâtre (dix heures); les mercredis, conférences complémentaires par MM. les docteurs Darier, chef du laboratoire; Cathelineau, chef-adjoint; Morel-Lavallée, Feulard, Hudelo, Wickham, chefs de clinique; Gilles de la Tourette, Trousseau et Hermet.

— Le docteur Madeuf, bilicencié ès sciences, fera, à huit heures du soir, tous les mardis, à l'Ecole pratique de la Faculté, un cours sur les maladies du nez et de leur rapport avec les affections du larynx, des oreilles, etc. Le lendemain, mercredi, conférence pratique de technique laryngologique et otologique, médecine opératoire et démonstrations cliniques.

— Le docteur H. Picard commencera, le lundi 16 novembre, à cinq heures, 16, rue Dauphine, un cours public et gratuit sur les maladies des voies urinaires, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

— M. Faure est nommé, après concours, prosecteur à l'amphithéâtre de Clamart.

Hôpitaux de Rouen. — Le concours de l'internat vient de se terminer par la nomination de MM. Fleury, Lecoq et Lecomte.

Hôpitaux de Nancy. — Le concours de l'internat en médecine s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Stroup et Wilhelm.

Internes provisoires : MM. Thiéry et Blaise.

Faculté de médecine de Lyon. — Les prix de thèses, pour l'année scolaire 1891, ont été décernés de la manière suivante :

Médecine. — Médailles d'argent : MM. Adenot, Audry, Barral, Lucy, Rossigneux.

Médailles de bronze : MM. Brico, Busquet, Givre, Michon, Mollard, Sigaud.

Mentions honorables : MM. Baissas, Frenkel, Guillermet, Monin, Payerne, Vacher.

Pharmacie. — M. Monavon; mention honorable, M. Rey.

— Le concours pour deux places de médecin titulaire près le dispensaire général de Lyon s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Chaumier et Bouchet, anciens internes provisoires des hôpitaux de Lyon et de Saint-Etienne.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur A. Jean, médecin principal de la marine en retraite.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Hôpital de la Pitié. — M. le professeur JACCOUD.

Les travaux de la clinique médicale de la Pitié de 1886 à 1891.

Messieurs,

A l'exemple de ce que j'ai fait en 1886, je veux passer en revue, devant vous, les principaux travaux de la clinique médicale de la Pitié dans ces dernières années. Ainsi que vous allez le voir, plusieurs des sujets observés m'ont fourni l'occasion de faire des observations nouvelles parmi lesquelles il en est de réellement importantes.

Nous allons étudier succes sivementles résultats obtenus dans le domaine de la clinique et ceux auxquels nous sommes parvenus pour ce qui regarde la bactériologie.

Trois cas types m'ont permis d'établir que la *fièvre typhoïde* commune peut présenter, comme la forme sudorale, non une évolution continue, mais une évolution par reprises. Ces dernières sont séparées par de courts intervalles d'apyrexie. Dans l'un des cas, il y eut trois reprises, de telle sorte que la maladie évolua en quatre étapes fébriles de durée successivement décroissante.

L'arrêt de l'évolution typhique ne porte que sur l'élément fébrile. Pendant l'apyrexie, l'infection persiste sans varier dans son intensité. La maladie ne s'arrête pas dans son évolution, il y a simplement suspension de la fièvre.

On peut conclure de ce fait que la dissociation possible de la fièvre et des autres symptômes de l'infection implique la dualité des agents qui produisent la maladie. Il y a un agent dont l'action est continue et un agent dont l'action peut s'interrompre.

Pour moi, l'agent à action continue est le microbe spécifique; les produits que sécrète ce microbe sont l'agent pyrétogène qui est absorbé plus ou moins complètement, d'où les variations de la température.

Cette dissociation de la fièvre est très rare pour la forme commune. Elle existe toujours dans la forme sudorale, dans la forme intermittente et, enfin, dans la forme apyrétique, qui peut tuer sans qu'il y ait de fièvre.

J'ai fait connaître une forme de *pneumonie* dans laquelle on observe aussi des intermissions dans la fièvre. C'est la pneumonie à reprises. L'interruption fébrile dure douze et vingt-quatre heures, puis elle cesse et la maladie reprend ses caractères habituels. Cette forme de pneumonie se voit chez des malades indemnes de toute intoxication malarique.

Enfin, des faits analogues peuvent se voir dans l'*endocardite infectieuse*. On peut admettre que les agents de l'infection et ceux qui amènent l'élévation de la température sont indépendants dans toutes les maladies infectieuses. On ferait souvent une grave erreur de pronostic si l'on croyait que la maladie est terminée au moment où se produit la fausse défervescence. D'autre part, il est certain que la médication antipyrétique est utile, elle s'adresse à un élément spécial de la maladie, mais il est non moins certain que cette médication ne peut agir sur la maladie elle-même, qui existe indépendamment de la fièvre. Le traitement antifébrile, envisagé d'une façon générale, ne répond qu'à un symptôme et il ne faut l'appliquer qu'avec une prudente réserve.

J'ai pu, dans deux cas de *scarlatine*, montrer une fois de plus que la fièvre peut être très irrégulière dans cette maladie. Chez les deux malades, la température n'a pas dépassé 38°.

Une observation de *fièvre ortiée,* que j'ai recueillie en 1889, m'a permis de vous faire voir que l'autographisme cutané peut exister dans cette maladie aussi bien que dans l'hystérie et le nervosisme; ce phénomène dépend, comme dans ces dernières affections, de l'excitabilité anormale de la peau.

En 1889, j'ai observé aussi avec vous plusieurs cas de *rubéole,* maladie très distincte des formes mixtes de rougeole et de scarlatine que Baillou a désignées par le même nom; la rubéole ne confère pas l'immunité pour les autres fièvres éruptives.

Si je passe maintenant à l'appareil respiratoire, je vous rappellerai d'abord la description de la pneumonie à reprises.

Dans trois cas de tuberculose suraiguë du poumon à forme suffocante, la durée de la période fébrile a été de dix à dix-huit jours; celle de la période préfébrile, qui existe toujours, de un mois à deux mois et demi. A l'autopsie, outre l'éruption granuleuse récente, nous avons trouvé de vieux foyers ganglionnaires caséeux; ce sont donc là des cas d'auto-infection. Une des malades, âgée de 25 ans, a présenté un *exanthème infectieux* absolument d'apparence rubéolique, et cela m'a permis de vous parler des *fausses rougeoles.*

J'ai recueilli quatre observations de *tuberculose pulmonaire d'origine traumatique* et six cas de *pneumopathies chroniques non tuberculeuses.*

Le premier cas se rapportait à une jeune fille de 21 ans atteinte de sclérose pulmonaire avec hémoptysies répétées; — dans deux autres, les malades étaient atteints de catarrhe avec dilatation ampullaire des bronches; — dans le quatrième cas, il s'agissait d'une bronchite fétide; — les deux derniers malades présentaient des cavernes pulmonaires provenant, chez l'un, d'une gangrène pulmonaire; chez l'autre, de l'élimination d'un kyste hydatique.

J'ai exposé en détail, en 1890, les caractères de la *pneumonie grippale.* Enfin, j'ai recueilli un cas, jusqu'ici unique, d'éruption de taches rosées lenticulaires dans la *broncho-pneumonie* a frigore. Le malade était âgé de 55 ans; l'éruption se montra, vingt-quatre heures avant la défervescence, dans la région dorso-lombaire; elle offrait absolument les caractères bien connus de l'exanthème typhique.

Au nombre des maladies cardio-aortiques, sur lesquelles j'ai eu occasion d'insister, se trouve le *rétrécissement de l'artère pulmonaire,* dont je vous ai montré les deux formes, artérielle et pré-artérielle. Le rétrécissement artériel entraîne un état d'hypotrophie notable du côté du lobule pulmonaire et

cet état d'hypotrophie fait des lobules un terrain très propre au développement du bacille de la tuberculose. Je vous ai montré, à ce moment, que le souffle systolique du deuxième espace intercostal gauche, avec maximum à 2 ou 3 centimètres du bord du sternum, n'est pas un signe pathognomonique du rétrécissement de l'artère pulmonaire. Ce souffle peut dépendre de changements dans le calibre de la branche gauche de l'artère, et il est surtout très intense quand cette branche est comprimée par des productions tuberculeuses du poumon gauche.

J'ai pu diagnostiquer pendant la vie un cas d'*anévrysme total du ventricule gauche* et vous ai parlé longuement d'un fait d'*oblitération de la crosse de l'aorte* occupant un point situé à 2 centimètres au-dessous de l'origine de la sous-clavière gauche. Au-dessous de l'étranglement, l'artère était très dilatée et la fermeture du vaisseau était absolue. La circulation avait pu se faire par toutes les artères nées au-dessous de la coarctation, qui étaient énormément dilatées, et, par des anastomoses, ramenaient le sang dans l'aorte thoracique. Cette oblitération devait être congénitale, et cependant le malade n'est mort qu'à 55 ans, et d'une affection cérébrale.

J'ai recueilli deux observations de *syphilis rénale précoce*, et je vous ai montré une fois de plus, à propos d'un cas d'*urémie* chez une femme de 38 ans, que cette complication des néphrites tient à l'obstruction des tubuli et des glomérules par des globules rouges et des globules blancs, des cellules épithéliales et des cylindres.

J'ai vu deux cas de *fausse albuminurie* dans le rhumatisme articulaire aigu, le précipité ne renfermait que de la globuline, sans trace de sérine.

Enfin, j'ai encore étudié complètement le *coma diabétique*, dont je distingue trois formes : la forme gastro-intestinale, la forme vertigineuse, la forme cardiaque.

En 1887, j'ai insisté sur la grande valeur du *développement des ganglions inguinaux* comme signe diagnostic d'un *cancer abdominal*, ce cancer pouvant occuper le foie, l'estomac ou un autre organe.

Je suis revenu à plusieurs reprises sur la grande efficacité du traitement de la scarlatine par le lait, sur l'utilité de l'emploi local du sublimé dans l'angine diphthéritique et sur l'usage de la thalline comme antipyrétique dans la tuberculose pulmonaire.

De nombreuses *recherches bactériologiques* ont été faites dans le service et je n'ai eu qu'à me louer de mes collaborateurs, MM. Duflocq et Ménétrier.

Bien que l'*érysipèle* soit une maladie infectieuse locale, j'ai montré qu'il peut produire des accidents à distance qui manquent du reste souvent, de telle sorte que la maladie peut évoluer complètement sans eux. Comme le microbe est toujours identique, on peut admettre que, lorsque la généralisation se produit, cela tient à l'état du malade. J'ai observé un cas d'*érysipèle suivi de double adénite suppurée* chez une femme de 34 ans, atteinte pour la neuvième fois. On a retrouvé dans le pus de deux ganglions cervicaux le streptocoque pyogène, et cette observation vient à l'appui de l'opinion de Hajek qui a admis l'identité du streptocoque de l'érysipèle et de celui du phlegmon.

L'érysipèle peut être *atténué*; cela tient à ce que l'agent infectieux, dans une première attaque, confère une sorte d'immunité symptomatique qui est plus ou moins grande, selon que l'attaque date de loin ou non, a été faible ou forte.

J'ai observé un *érysipèle à la suite d'une scarlatine*; c'est là un fait fort rare. La scarlatine avait été légère, tandis que l'érysipèle, qui apparut cinq jours après la défervescence, fut fort grave. Ce fait prouve que, comme l'a dit Lenhartz, le microbe de l'angine scarlatineuse initiale et le streptocoque de l'érysipèle sont identiques.

Dans un cas de fièvre ortiée, dont je vous ai parlé tout à l'heure, les recherches bactériologiques et les inoculations n'ont donné aucun résultat.

Il en a été de même dans plusieurs cas de *rhumatisme articulaire aigu*. Cependant, les exemples de transmission intra-utérine, les allures cliniques de la maladie me font admettre sa nature infectieuse.

On trouve le pneumocoque dans les *pneumonies à reprises*, tandis qu'il manque dans la congestion pulmonaire aiguë ou fluxion de poitrine; c'est un caractère distinctif de plus entre cette affection et la pneumonie.

Les *pneumonies fibrineuses grippales* sont exclusivement causées par le pneumocoque; ce dernier était associé au bacille de Friedlander dans un cas de bronchite capillaire dépendant de la grippe.

Il est certain que le froid a une grande importance dans l'étiologie de la pneumonie. L'endocardite infectieuse elle-même peut dépendre d'une auto-infection ou infection intrinsèque relevant de l'action des microbes que l'organisme porte habituellement en lui, mais qui ne deviennent nuisibles que lorsque la résistance du corps est affaiblie. Dans les affections extrinsèques, au contraire, il s'agit d'un envahissement par les micro-organismes qui viennent du dehors; il en est ainsi, par exemple, dans le charbon, la morve, le choléra, la variole, etc. Au contraire, un grand nombre de maladies infectieuses, comme l'érysipèle, la pneumonie, le rhumatisme, peut-être la fièvre typhoïde, relèvent d'une affection intrinsèque, les différents microbes spécifiques étant inoffensifs dans l'organisme sain.

En 1890, j'ai observé deux cas d'une forme spéciale d'*infection purulente* que j'appelle maladie de Colles. Un jeune homme, à la suite d'une excoriation, devenue pustuleuse, du sommet de l'épaule, présenta une généralisation de ces pustules, qui se fit très rapidement et commença par les genoux. Dans le deuxième cas, les premières pustules apparurent à la main gauche, puis il s'en développa à la main droite, et, plus tard, il y eut deux abcès, l'un dans la fesse, l'autre dans la cuisse; enfin, il survint encore une pneumonie grave. Cette forme d'infection purulente s'accompagne d'une fièvre vive, d'une augmentation de volume de la rate et souvent de douleurs articulaires, avec rougeur et gonflement. La température peut dépasser 40 degrés. Les deux malades étaient affaiblis et surmenés; ils ont cependant guéri. Dans le premier cas, l'infection s'est développée à la suite d'un traumatisme que Colles regardait comme toujours nécessaire; dans le second cas, tout paraît avoir été spontané. Chez le premier malade, on a trouvé le pneumocoque et le streptocoque pyogène; chez le second, le staphylococcus aureus.

J'ai observé un cas d'*orchite suppurée* dans la convalescence d'une fièvre typhoïde; le pus ne renfermait que le bacille typhique, ce qui prouve que ce bacille peut être pyogène.

J'ai recueilli le premier cas connu d'*angine pseudo-membraneuse à pneumocoques*. Cette angine est absolument identique, cliniquement et histologiquement, avec l'angine diphthéritique, et cependant le bacille de la diphthérie fait complètement défaut. La maladie s'est prolongée pendant dix jours, et le malade, jeune homme de 19 ans, n'a pas eu de pneumonie. Cela

prouve bien que la prédisposition individuelle joue le plus grand rôle dans le développement des maladies infectieuses.

REVUE DES CLINIQUES

Le psoriasis, par M. le docteur THIBIERGE (1). — Parmi les dermatoses, une des plus fréquentes est assurément le psoriasis. Le psoriasis est caractérisé par des squames blanches, sèches, de dimensions variables, reposant sur une base rouge facilement saignante, par des poussées se reproduisant dans toute l'existence avec des périodes plus ou moins longues d'accalmie. Bazin reconnaissait plusieurs genres de psoriasis parmi lesquels nous citerons l'arthritique, l'herpétique, la syphilitique; cette dernière est la syphilis psoriasiforme, squameuse : nous ne la décrirons pas.

Dans le psoriasis, il faut considérer séparément la squame et la base. La squame est une production épidermique facile à détacher, tantôt blanche, tantôt jaunâtre, d'autres fois argentée, souvent aussi ressemblant à des taches de bougie; elle est sèche et n'est pas sébacée; chez les personnes qui ont une tendance à la séborrhée, elle est grisâtre ou jaunâtre. La squame se détache facilement, et laisse voir alors une série de plans stratifiés. Son apparence et son épaisseur sont variables; de cette épaisseur de la squame dépend une variété dans la consistance de la plaque psoriasiforme : si on la saisit entre les deux doigts, on peut presque la pulvériser quand elle est épaisse, on peut la plier comme de la baudruche quand elle est mince.

L'aspect opaque blanc des squames est dû à la présence de bulles d'air qui s'y trouvent emprisonnées; en effet, la squame reprend son aspect d'épiderme normal quand on la comprime pour en chasser l'air.

L'épaisseur des squames peut devenir assez grande et leur surface peut se fissurer sans que l'évolution ou la marche de la maladie en soit changée. D'ailleurs, la couche papillaire n'est jamais atteinte.

Examinons maintenant la base de ces plaques psoriasiformes. Quand la squame est détachée, on voit immédiatement une surface lisse, un vernis régulier et brillant; si on enlève avec l'ongle la couche extérieure de ce vernis, on provoque un saignement provenant de la mise à nu des papilles dermiques; cet écoulement de sang se fait par des petits orifices ponctiformes et présente une certaine valeur au point de vue du diagnostic, bien qu'on le retrouve dans l'eczéma séborrhéique.

L'élément type du psoriasis peut se modifier et offrir différents aspects. Ainsi ces petits points rouges se tranforment en une série d'éléments variables, mais toujours petits, disséminés, régulièrement arrondis qui ne se réunissent pas et peuvent présenter une disposition rappelant celle des taches de rougeole; on se trouve alors en présence du psoriasis guttata. D'autres fois les dimensions sont plus considérables et en s'étendant la partie centrale peut s'effacer et redevenir normale, c'est le psoriasis figuré de Willan, les bords sont saillants et forment à la surface de la peau des dessins, des cercles réguliers ou des portions de cercle; dans ce dernier cas, le psoriasis a reçu le nom de circiné. Au lieu de s'étendre de cette façon, il peut s'étendre en conservant ses caractères à la partie centrale, c'est le psoriasis nummulaire; ce sont alors des placards plus ou moins volumineux qui peuvent provenir de la fusion de plusieurs taches et atteignent parfois de grandes dimensions, souvent la moitié de l'avant-bras; c'est le psoriasis diffusa des anciens auteurs qui s'étend sur des surfaces variables; en s'étendant, les placards peuvent, soit rester squameux, c'est le psoriasis invétéré, soit former des surfaces rouges où les squames manquent presque complètement, c'est alors le psoriasis scarlatiniforme. Ce dernier, qui rappelle l'éruption de la scarlatine, s'en distingue par la présence en certains points de plaques nummulaires caractéristiques.

On peut rencontrer le psoriasis sur toute l'étendue du corps, mais il est plus constant sur le tronc, sur la partie postérieure, et surtout sur la partie antérieure. C'est cepen-

(1) Résumé d'après les *Annales de médecine.*

dant aux membres qu'il présente le plus grand intérêt: il y a deux sièges d'élection, l'un au niveau du coude, l'autre au niveau du genou. Dans ces régions, il est ordinaire, tout à fait au début d'une poussée de psoriasis, alors que le reste du corps est indemne, de rencontrer une plaque d'étendue variable unique, et assez caractéristique pour qu'on puisse reconnaître sans hésitation la présence du psoriasis. Ce ne sont pas les seuls lieux d'élection du psoriasis, on le trouve aussi très communément à la région fessière un peu en arrière et au-dessus de la partie supérieure du fémur. On le rencontre de même aux mains, aux pieds, aux extrémités; dans les cas anciens, il y a très souvent une déformation des ongles qui sont piquetés ou présentent une surface irrégulière. Ces lésions sont identiques à celles des eczémas chroniques, mais ne servent en rien pour le diagnostic du psoriasis.

Le cuir chevelu est aussi très souvent atteint, il s'y forme des plaques plus ou moins considérables, mais en raison des applications que l'on fait sur la tête, on y remarque un aspec graisseux qui n'est nullement dû à un suintement provenant du psoriasis. Les plaques occupent habituellement la partie antérieure du cuir chevelu et lui forment comme une bordure polycyclique qui est l'indice de lésions des parties recouvertes par les cheveux. Le psoriasis du cuir chevelu pourrait être confondu avec d'autres affections cutanées pour le siège et l'aspect et en particulier avec la séborrhée, mais en regardant de près on voit que les cheveux au lieu d'être, comme dans cette affection, aplatis et souvent recouverts par des squames, sont perpendiculaires, traversent les squames dans toute leur étendue sans subir aucune déformation; de plus, ils restent secs et ne tombent pas.

Bazin avait désigné sous le nom de psoriasis linguæ, les lésions qu'on décrit aujourd'hui sous le nom de leukoplasie ou de leukokératose, qui se montrent chez les syphilitiques ou bien qui se développent par suite d'excès de boisson ou de l'abus du tabac; mais il est bien reconnu qu'il n'y a jamais trace de psoriasis sur langue.

Le psoriasis n'est pas congénital; on le rencontre rarement chez les enfants; quand il existe chez eux, on trouve une ou deux plaques seulement aux genoux et aux coudes. S'il est rare jusqu'à vingt ans, il n'est pas moins rare après trente ans : c'est donc habituellement de vingt à trente ans qu'il apparaît pour la première fois. Mais, lorsqu'il est une fois développé, il durera toute l'existence, la guérison complète étant un fait des plus rares; on verra une série de poussées d'intensité et de durée variables selon le traitement et les conditions individuelles, survenant au bout d'un temps variant de un mois ou deux à plusieurs années. Ces poussées peuvent d'ailleurs être rappelées par des causes diverses telles que l'alcoolisme, la grossesse, l'allaitement. Lorsque l'éruption est disparue, elle laisse des macules brunâtres, des taches ne disparaissant pas par la pression, mais qui s'effacent au bout d'un certain temps.

Le psoriasis ne s'accompagne généralement pas de démangeaisons, à la condition toutefois que le malade ne soit ni nerveux ni alcoolique. Il n'existe jamais d'ulcérations, sauf les cas où elles proviennent d'une action thérapeutique intempestive; l'épithélioma développé sur des placards de psoriasis est rare, on en connaît seulement une douzaine de cas; les complications générales viscérales se montrent surtout chez les sujets arthritiques; quant aux complications articulaires, elles ne sont pas très rares; un malade sur vingt présente des manifestations articulaires qui sont en rapport avec les poussées de psoriasis; elles apparaissent aux mains ou se généralisent plus ou moins; elles peuvent aboutir à l'ankylose.

Le psoriasis par lui-même n'est pas une affection grave, il n'amène jamais la mort, s'il n'y a pas de complications; il ne détermine pas de lésions sérieuses, mais il est un embarras permanent qui empoisonne l'existence; le malheureux qui en est atteint se voit repoussé de partout, soit de l'atelier où il cherche son gagne-pain, soit de la société pour qui il est un objet de répulsion, et souvent le mariage ne lui est pas possible.

Si nous recherchons maintenant les causes prédisposantes du psoriasis, nous trouvons en premier lieu l'hérédité; mais, malgré sa fréquence, elle est loin d'être constante, elle fait défaut dans les deux tiers des cas; la grossesse, l'allaitement, un travail exagéré, les excès de table, une nourriture trop excitante peuvent aussi provoquer les pousssées ou en faciliter le retour; les émotions morales, de même que les trauma-

tismes, deviennent parfois le point de localisation d'une poussée. La cause véritable n'en est pas moins très souvent ignorée; on a voulu la trouver dans la contagion, on a cru rencontrer des parasites; on a même cité des essais positifs d'inoculation; mais ce sont là des expériences très discutables qui ne sont pas assez approfondies et multipliées pour résoudre la question.

Si maintenant nous examinons le psoriasis au point de vue de l'anatomie pathologique, nous trouvons que, dans les squames, la couche cornée est devenue plus ou moins épaisse; dans les couches profondes, on observe la disparition de l'éléidine; en outre, dans le derme, on constate de l'infiltration cellulaire, de la tuméfaction des cellules.

Les deux affections qui simulent le plus le psoriasis sont les syphilides précoces et tardives et l'eczéma séborrhéique.

Les syphilides sont plus papuleuses, plus polymorphes que les éléments du psoriasis; on y trouve des pustules, des soulèvements épidermiques; les squames du psoriasis sont blanches, celles des syphilides sont plus jaunes; il y a induration à la base dans les syphilides, infiltration qui fait défaut dans le psoriasis; dans ce dernier, on n'observe jamais la zone rouge cuivrée qui se trouve autour des placards syphilitiques; en outre, les syphilides sont plus lentes dans leur évolution, et ne présentent pas de poussées successives, de plus elles cèdent au traitement spécifique, enfin les antécédents peuvent souvent éclairer le diagnostic.

L'eczéma séborrhéique diffère du psoriasis, en ce que la squame de l'eczéma est plus grasse, plus jaune, d'un aspect plus variable; il y a des lésions séborrhéiques très nettes, par exemple au niveau du cuir chevelu, tandis qu'il n'y a pas de poussées nettes de psoriasis. L'eczéma se présente sous forme de larges placards, et, à son début, on remarque des lésions suintantes; sa durée est plus longue, mais la récidive est moins commune; cette comparaison n'a pas, en réalité, une importance considérable, étant donné que les poussées d'eczéma séborrhéique, d'eczéma psoriasiforme et de psoriasis se traitent et se guérissent de la même manière.

Autrefois, pour guérir ou atténuer le psoriasis, on se servait de l'arsenic à l'intérieur, mais ce traitement est très souvent sans effet, on arrive tout aussi bien à guérir le psoriasis sans employer l'arsenic qui, d'ailleurs, n'empêche pas les récidives; ce traitement est donc inutile, à moins, toutefois, que l'état général ne le réclame; alors il peut être administré sous toutes les formes, on se sert généralement de la liqueur de Fowler ou de Pearson et des préparations arsénicales, telles que l'arséniate de soude. A Copenhague, Haslund a obtenu d'excellents résultats avec l'iodure de potassium à la dose de 5, 7 et même 10, 20 et 50 grammes par jour; en France, on a eu des accidents dans les premiers essais, et cette médication est délaissée.

Beaucoup de médecins pensent que les moyens externes suffisent. Lorsque la surface cutanée est enflammée, on peut avoir recours aux émollients ; dans ce cas, les cataplasmes de fécule de pommes de terre ou d'amidon sont très bons. Le traitement classique du psoriasis consiste dans l'emploi de pommades à l'huile de cade ou au goudron. L'huile de cade ne produit pas d'intoxication générale, on peut l'employer même sur le cuir chevelu; par contre, elle a une odeur désagréable et agit plus lentement que l'acide pyrogallique ou l'acide chrysophanique et souvent elle détermine des lésions des follicules cutanés, de l'acné. On peut la formuler de la façon saivante :

Glycérolé d'amidon	125 grammes.
Huile de cade....................................	de 20 à 100 grammes.

On se sert même parfois de l'huile de cade pure ou d'un mélange d'huile de cade avec de la glycérine à parties égales; quelques jours après, on ordonne un bain, et, quand la desquammation a commencé, on répète les bains. On peut également avoir recours à l'huile de cade ou au goudron associés à l'axonge ou à l'huile d'amandes ou encore à un mélange de goudron et d'huile de bouleau.

L'acide chrysophanique est préférable aux autres préparations, son action est beaucoup plus rapide, on l'emploie à la dose de 5 à 10 grammes.

Acide chrysophanique	5 à 10 grammes.
Acide salicylique	2 grammes.
Vaseline	100 —

L'acide chrysophanique a une action rapide et amène très vite la desquammation, mais il exige une grande surveillance du malade chez qui il pourrait déterminer une intoxication générale; il rend la peau violette, jaunit les poils et tache le linge; il détermine une irritation considérable et peut provoquer des lésions cutanées violentes, des lymphangites et aussi des phlegmons. Le malade doit éviter de porter les mains aux yeux et au prépuce qui s'enflamment rapidement au contact de cette préparation. Malgré ces inconvénients, cette substance est excellente, surtout lorsqu'on doit agir sur des surfaces limitées. On peut également employer la traumaticine; on enduit la peau d'une composition d'une partie de gutta-percha pour dix parties de chloroforme; ce dernier, s'évaporant, laisse une pellicule protectrice contre l'action de l'air et des corps étrangers. On peut utiliser pour le traitement du psoriasis le composé suivant :

Acide chrysophanique	10 parties.
Gutta-percha	10 —
Chloroforme	100 —

On peut encore badigeonner la peau avec une solution de 10 parties d'acide chrysophanique pour 100 de chloroforme et appliquer ensuite la traumaticine sur les mêmes endroits. On peut encore employer du collodion additionné d'acide chrysophanique.

L'acide pyrogallique est souvent employé au lieu de l'acide chrysophanique; il peut produire une intoxication générale; il colore le linge en noir, mais est moins dangereux que l'acide chrysophanique et plus propre que les pommades à l'huile de cade ou au goudron. Le naphtol, qui est insoluble, n'offre aucun danger, mais son action est moins rapide que les préparations précédentes; on peut l'employer de la manière suivante :

Naphtol	5 ou 10 grammes.
Ether	q. s. pour dissoudre.
Axonge	100 grammes.

On peut aussi se servir avec succès de l'aristol, mais son effet est lent et incertain. Chez les enfants, des applications de teinture d'iode ou de savon noir suffisent à guérir de petits placards de psoriasis.

Lorsque le cuir chevelu est atteint de psoriasis, il taut faire macérer l'épiderme avant de le débarrasser de toutes les matières étrangères qui viennent s'y accumuler, pour rendre ainsi les applications du médicament plus efficaces; dans ce but, les applications de calottes de caoutchouc sont très utiles.

Ce qu'il faut bien savoir, c'est que ces divers traitements sont des palliatifs; ils amènent la disparition des éléments psoriasiques, mais n'empêchent pas les poussées ultérieures; en un mot, ils blanchissent les malades, suivant l'expression adoptée, mais ils ne les guérissent pas.

REVUE DES JOURNAUX

Sur les injections sous-cutanées de sels d'argent dans le traitement du tabes dorsalis, par le docteur Rosenbaum. (*Revue hebdomadaire de thérapeutique.*) — M. Rosenbaum a eu l'occasion d'expérimenter les injections sous-cutanées de sels d'argent dans 11 cas de tabes dorsalis. Pour ces injections, il a employé la solution dont la formule a été indiquée par Jacoby :

Rec. Chlorure d'argent (récemment précipité et bien lavé).	0 gr. 05 centig.
Hyposulfite de soude	0 gr. 03 —
Eau distillée	10 grammes.

Mêler et filtrer. A conserver dans un flacon de verre bleu.

Le total des injections s'est élevé à 144. Dans un seul cas, il s'est produit une amélioration bien franche. Par contre, presque tous les malades ont éprouvé des douleurs violentes à la suite des injections, douleurs qui persistaient pendant douze et vingt-quatre heures. Aussi, la plupart se refusaient-ils à continuer l'expérience jusqu'au bout. Le traitement ne paraît convenir qu'aux cas où il existe une analgésie récente et très prononcée. — P. N.

Le sang dans la fièvre typhoïde, par le docteur P. Castellino (*Annales de Gana*, 1891). — L'auteur a fait, pendant ces trois dernières années, des recherches sur 33 cas de typhus et il résume les résultats de ses recherches dans les conclusions suivantes :

1° Il existe fréquemment, dans l'infection typhique, une modification dans la composition du sang, consistant : *a*) dans une diminution des hématies dont le nombre peut tomber de 5,000,000 à 1,000,000; *b*) dans une diminution de la matière colorante du sang, la force chromatique peut tomber de 100° à 25; *c*) dans un affaiblissement de la résistance des corpuscules rouges; *d*) dans une diminution des hématoblastes et une augmentation des leucocytes parfois jusqu'à 30,000.

2° Le sérum sanguin des malades atteints de fièvre typhoïde, exerce une influence altérante très remarquable sur les globules rouges physiologiques, et cette influence augmente avec la durée de la maladie.

3° Cette modification du sang se montre, d'une façon marquée, vers le quinzième jour de la maladie.

4° Cette modification est en rapport avec la durée de la maladie, les complications, la courbe thermique, l'aptitude à résister à la maladie et la constitution des malades.

5° La première modification concerne la diminution de la matière colorante, alors suit la diminution de résistance des corpuscules rouges et finalement l'oligocythémie et la leucocythémie.

6° Le rétablissement commence, en moyenne, lorsque la convalescence est déjà avancée et il est précédé d'un développement abondant dans le sérum sanguin d'hématoblastes et de corpuscules nuclés.

7° La fréquence du pouls et la diminution de la pression artérielle sont en rapport direct avec l'olighémie. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 novembre 1891. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : Traitement de la suppuration pelvienne par la suture de Péan.

M. Bazy propose la nomenclature suivante pour les différentes opérations que l'on pratique sur l'utérus dans les affections du petit bassin :

1° L'ablation de tout l'utérus, comme dans le cancer et les corps fibreux, s'appellerait *hystérectomie vaginale;* 2° on donnerait le nom d'*hystérocolpotomie* aux opérations dans lesquelles l'enlèvement de la matrice n'est qu'accessoire et permet simplement d'agir sur des lésions diverses, il en est ainsi dans le traitement des suppurations pelviennes; 3° enfin l'*hystéro-oophorectomie* serait l'ablation de l'utérus et des annexes par le vagin.

M. Peyrot n'a trouvé l'hystérectomie vaginale indiquée que chez deux de ses malades, depuis la communication de M. Segond.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de 28 ans qui, depuis sept ans, avait des accidents péritonéo-utérins consécutifs à la parturition. L'opération fut assez difficile, mais permit d'ouvrir plusieurs poches purulentes. Le résultat opératoire fut d'abord très bon, malgré une petite hémorrhagie secondaire. Malheureusement, après quelques mois, les douleurs reparurent et il fut facile de constater l'existence d'une induration profonde dans le ventre.

La deuxième malade, âgée de 30 ans, souffrait depuis trois ans, et il y avait des fis-

tules rectales ou pelviennes. Une laparotomie, faite par M. Richelot, ne permit pas une intervention radicale. L'hystérectomie vaginale améliora beaucoup la situation; mais, ensuite, il fut facile de constater que des noyaux inflammatoires persistaient, et, de plus, la fosse iliaque droite devint empâtée et douloureuse.

L'hystérectomie vaginale ne donne donc pas toujours des résultats parfaits dans les suppurations pelviennes. Les laparotomies sont le plus généralement suffisantes, comme dans les cas de suppurations avec lésions multiples.

M. Reynier n'a recours à l'opération de Péan que lorsque la laparotomie lui semble devoir être dangereuse, quand il y a des lésions anciennes suppurées, des trajets fistuleux, des adhérences multiples.

M. Reynier n'a fait que deux fois l'hystérectomie vaginale pour lésions pelviennes. Sa première opérée présentait une salpingite suppurée avec fistule rectale; la guérison fut assez rapide. Dans le second cas, les deux trompes étaient supprimées. L'abaissement de l'utérus fut difficile et il y eut une hémorrhagie considérable par dérapement d'une pince; on eut la plus grande peine à arrêter le sang. La mort survint au bout de trois jours, et on trouva une grande quantité de sang dans l'abdomen. Une des trompes n'avait pas été ouverte et était remplie de pus. Il est probable que la laparotomie n'aurait pas été suivie d'une terminaison fatale.

Sur 72 laparotomies, M. Reynier n'a eu que deux décès, l'un, par choc, chez une cardiaque, et l'autre par infection péritonéale.

L'hystérectomie doit être réservée aux cas où la laparotomie est impossible; souvent elle expose aux hémorrhagies, le pincement de l'uretère est possible; enfin, on ne peut pas toujours atteindre toutes les lésions.

M. Quénu a indiqué la section antéro-postérieure de l'utérus sur la ligne médiane, non seulement pour les cas où le viscère s'abaisse facilement, mais encore pour ceux où on ne peut le déplacer; l'opération est alors beaucoup plus facile.

Certaines salpingites ne saignent pas; les parois sont alors épaisses et enflammées depuis longtemps. D'autres fois, au contraire, surtout quand il y a eu une poussée aiguë, l'hémorrhagie est redoutable; il en est de même dans les périsalpingites. Le pincement des uretères semble devoir être peu probable. En effet, tandis que, dans le cancer, on se tient loin de l'organe, dans les salpingites, on rase l'utérus de très près. Ce canal est à 1 centimètre 1/2 ou 2 centimètres de la matrice.

M. Segond fait remarquer que l'hémorrhagie est d'autant moins à craindre que l'utérus s'abaisse moins, mais alors l'opération est plus difficile. Il pense que les malades de M. Peyrot guériront complètement. Du reste, sur 65 opérées, et pour quelques-unes d'entre elles, l'opération remonte à dix mois; il n'a vu qu'une fois des indurations douloureuses. Encore ont-elles disparu à peu près complètement au bout de quelque temps. Les indurations sont dues à des fausses membranes péritonitiques et elles diminuent peu à peu. Quant à l'uretère, il n'y a pas de danger de le blesser si l'on rase soigneusement l'utérus, ce que l'on doit toujours faire. L'hémorrhagie pendant l'opération est fort rare, et celle post-opératoire exceptionnelle.

M. Bouilly considère la laparotomie comme préférable à l'hystérectomie dans la majorité des cas.

Les principales indications de l'hystérectomie sont les adhérences anciennes, dures, qui arrivent à confondre les différents organes du bassin les uns avec les autres et se compliquent de la production de fistules dans le rectum et la vessie ou vers la peau. On peut encore y avoir recours dans les suppurations libres, mais lorsqu'on ne peut reconnaître une trompe ou un ovaire suppuré.

Depuis la communication de M. Segond, M. Bouilly n'a rencontré que deux malades chez lesquelles l'hystérectomie lui ait semblé indiquée. Malgré tout, il a fait la laparotomie, qui a beaucoup amélioré l'état d'une des deux femmes, mais a complètement échoué chez l'autre.

M. Bouilly a fait 75 laparotomies qui lui ont donné 9 décès. Ces derniers ont été causés par des ruptures de poches purulentes dans le péritoine, par des déchirures intestinales entraînant l'infection, par une aortite suppurée, etc.

En fait, les deux interventions donnent des résultats sensiblement égaux.

— M. Phocas lit une observation de greffes par approche faites sur les trois derniers doigts de la main gauche.

— M. Le Dentu montre une pièce anatomique; il s'agit d'une résection du gros intestin, dont 22 centimètres ont été enlevés en même temps qu'une tumeur bénigne.

De quelques nouvelles médications.

Contribution a l'action de la diurétine. (*Les Nouveaux remèdes.*)

W. Schmiden a prescrit la diurétine à trente et un malade, par doses de 1 gramme (4-6 grammes par jour) pour les adultes et de 0 gr. 5 (2-3 grammes par jour) pour les enfants. Dans la cirrhose hépatique pure et dans la péritonite tuberculeuse la diurétine est presque inefficace; dans la cirrhose hépatique compliquée, son action dépend de la nature de l'affection concomitante et de l'organe mis en cause. La diurétine est un excellent diurétique dans toutes les affections cardiaques, les lésions valvulaires et artérielles (artériosclérose). Elle se montre aussi active dans un grand nombre d'affections rénales, chroniques, aussi bien qu'aiguës. Mais il faut se rappeler que, même dans ces cas, il est impossible de prédire avec sûreté l'apparition de la diurèse qui dépend plutôt d'une action directe du médicament sur l'épithélium rénal. La diurétine semble être dépourvue de toute influence régularisatrice sur la circulation ou la respiration. Dans un nombre assez respectable de cas, survient, après apparition préalable de la diurèse ou même sans elle, l'accélération du pouls avec tendance à l'arythmie, ce qui met parfois dans la nécessité de supprimer le médicament. Même dans les cas favorables, la diurétique (comme, du reste, le calomel) n'élève la quantité de l'urine excrétée que pendant son administration; peu de temps après sa cessation, le taux de l'urine excrétée retombe à sa hauteur initiale. — P. N.

FORMULAIRE

Injections contre l'ozène. — Sidlo.

Chlorure de potassium	6 grammes.
Glycérine	30 —
Eau distillée	300 —

Faites dissoudre. — Pour injections nasales, plusieurs fois par jour, dans les cas d'ozène. — Introduire, en outre, dans le nez, trois fois par jour, de petits tampons de ouate imbibés d'un mélange d'une partie de glycérine pour trois parties d'eau, et les y laisser séjourner chaque fois pendant une heure. — N. G.

COURRIER

Par un arrêté du 14 décembre 1874, le roi des Belges a institué un prix annuel de 25,000 francs, destiné à encourager les œuvres de l'intelligence.

Le prix formant l'objet du concours international ou mixte sera attribué, en 1897, à l'ouvrage répondant le mieux à la question suivante :

Exposer, au point de vue sanitaire, les conditions météorologiques, hydrologiques e géologiques des contrées de l'Afrique équatoriale;

Déduire de l'état actuel de nos connaissances, en ces matières, les principes d'hygiène propres à ces contrées, et déterminer, avec des observations à l'appui, le meilleur régime de vie, d'alimentation et de travail, ainsi que le meilleur système d'habillement et d'habitation, à l'effet d'y conserver la santé et la vigueur.

Faire la symptomatologie, l'étiologie et la pathologie des maladies qui caractérisent les régions de l'Afrique équatoriale, et en indiquer le traitement sous le rapport prophylactique et sous le rapport thérapeutique. Etablir les principes à suivre dans le choix et l'usage des médicaments, ainsi que dans l'établissement des hôpitaux et sanatoria.

Dans leurs recherches scientifiques, comme dans leurs conclusions pratiques, les concurrents tiendront particulièrement compte des conditions d'existence des Européens dans les diverses parties du bassin du Congo.

Les ouvrages manuscrits ou imprimés seront admis au concours.

Les ouvrages peuvent être écrits dans une des langues suivantes : français, flamand, anglais, allemand, italien ou espagnol.

Les étrangers devront envoyer leurs ouvrages imprimés ou manuscrits avant le 1er janvier 1897 au ministère de l'intérieur et de l'instruction publique, à Bruxelles.

Le jury sera nommé par le roi des Belges et sera composé de 7 membres, dont 3 Belges et 4 étrangers.

— Le concours pour une place de chirurgien, à l'hôpital de Berck-sur-Mer, s'est terminé par la nomination de M. Ménard.

Ecole de médecine de Nantes. — Ont été proclamés lauréats de l'Ecole, pour l'année scolaire 1890-1891, les élèves en médecine dont les noms suivent :

Première année : Premier prix, M. Hugé; deuxième prix, M. Ozo; premier accessit, M. Augé; deuxième accessit, M. Sainz; mentions, MM. Sourisse et Dauriac.

Deuxième année : Premier prix, M. Mercier; deuxième prix, M. Aubineau; accessit, M. Aubry; mentions, MM. Diet et Mouillé.

Troisième année : Premier prix, M. Groleau; deuxième prix *ex æquo*, MM. Gobillot et Jousseaume.

Concours de clinique : Premier prix, M. Guilbaud.

Ecole de médecine de Rouen. — M. le docteur Bataille est nommé chef des travaux anatomiques.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Ont été proclamés lauréats pour l'année scolaire 1890-1891 les élèves en médecine dont les noms suivent :

Prix de la Faculté : Première année, prix, M. Verger; mentions honorables, MM. Peyroux, Vergez, Carrière. — Deuxième année, prix, M. J.-M. Crozet; mentions honorables, MM. J.-O.-F.-M. Crozet et Lanne. — Troisième année, prix, M. Brunet. — Quatrième année, prix, M. Béguin; mention honorable, M. Riffé.

Prix du Conseil général : M. Lamarcq.

Prix Gintrac : M. Sigalas.

Prix Godard : Non décerné.

Prix des thèses : Médaille d'or, M. Woolonghan; médailles d'argent, MM. Barret de Nazaris et Jeanty; médailles de bronze, MM. Bourrus, Collin, Daraignez, Margouty et Raulin.

Nécrologie. — Nous avons le chagrin d'annoncer la mort de notre éminent et bienfaisant confrère, M. Henri Roger, ancien président de l'Académie de médecine, président de l'Association générale des médecins de France. Cette perte met en deuil tout le corps médical.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

Mort de M. Henri Roger.

Le corps médical, et en particulier l'Association des médecins de France, vient de faire une perte cruelle dans la personne de M. Henri Roger, un de ses plus illustres, de ses plus dignes représentants.

Né à Paris, en 1809, M. Roger (Henri-Louis) y fit ses études médicales et fut nommé interne des hôpitaux en 1833, la même année que Behier, qu'il précédait immédiatement, Dechambre, Jacquemier et Boinet. Son temps d'internat fut prolongé de deux années parce qu'il obtint la médaille d'or en 1836, et le 18 mars 1839, il soutint sa thèse sur l'auscultation et la valeur séméiologique des râles dans le diagnostic des maladies de poitrine. C'était la première ébauche du *Traité d'auscultation*, qu'il préparait déjà avec Barth et qui, paru en 1840, eut depuis de nombreuses éditions.

M. Roger se prépara alors aux concours d'agrégation et du Bureau central. En 1841, il n'y eut pas de concours d'agrégation ; en 1844, alors médecin du Bureau central, il se vit préférer Beau, Béhier, Fleury, Grisolle, Tardieu, concurrents redoutables ; mais, en 1847, il fut nommé. Il soutint à ce sujet deux thèses qui eurent pour titres : *Du contre-stimulisme* (1844) et *Des éruptions dans les fièvres* (1847). Pas plus que son excellent ami Barth, dont il partagea à cet égard la mauvaise fortune, il ne put être nommé professeur à la Faculté de médecine, où sa place paraissait cependant marquée. Ses études de prédilection furent relatives aux maladies de l'enfance. En sortant du Bureau central, il fut d'abord médecin des Enfants-Trouvés, puis de l'hôpital des Enfants-Malades, enfin de l'hôpital Sainte-Eugénie, où il resta de 1860 à 1875. Atteint alors par la limite d'âge, il fut mis à la retraite avec le titre de médecin honoraire des hôpitaux.

En 1862, il fut nommé membre de l'Académie de médecine dans la section de pathologie médicale ; il en fut plusieurs années le secrétaire annuel et le président en 1880. Aussi l'Académie, en signe de deuil, a-t-elle levé la séance mardi dernier.

Pendant ce temps, il publia plusieurs travaux marqués au coin du meilleur esprit clinique : *De la température chez les enfants à l'état physiologique et pathologique*, 1844. — *Recherches cliniques sur l'auscultation de la tête*, 1860. — *Séméiotique des maladies de l'enfance*, 1864 (leçons professées en 1863). — *Recherches cliniques sur la chorée, le rhumatisme et les maladies*

du cœur chez les enfants, 1867-68. — *Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance*, t. Ier, 1872; t. II, 1883. — *De la ponction du péricarde*, 1875. — Avec Damaschino, *Recherches anatomo-pathologiques sur la paralysie spinale de l'enfance (paralysie infantile)*. — Citons encore un *Rapport au ministre de l'instruction publique sur l'organisation de la médecine en Allemagne* (*Moniteur*, 1844); divers rapports annuels de la commission permanente de l'hygiène de l'enfance; plusieurs articles dans les *Archives générales de médecine*, etc.

L'*Union médicale* ne peut oublier le rôle important rempli par M. Roger comme président de l'Association générale des médecins de France. Par son affabilité, son esprit, sa haute situation scientifique acquise par un labeur aussi honorable qu'infatigable, M. Roger sut longtemps réunir les suffrages des délégués des Sociétés de province; il fut un président accompli. L'état florissant de l'Association est en grande partie son œuvre. En lui rendant ce dernier hommage, nous croyons remplir un devoir et être l'interprète de tous ceux qui ont bien voulu s'intéresser à la prospérité de l'Association. — L.-H. PETIT.

Hôpital Necker. — M. le professeur PETER

Les causes de la tuberculose; son traitement.

Dans la leçon d'ouverture de son cours, M. le professeur Peter est revenu sur un sujet qu'il a déjà traité autrefois dans des pages restées classiques : *Les causes de la tuberculose et le traitement de la phthisie*. Les recherches pathologiques modernes n'ont guère modifié les opinions antérieures de notre savant maître, et il faut bien dire que l'insuccès presque complet de la thérapeutique « bacillicide » montre bien qu'il a eu raison de résister, envers et contre tous, à l'enthousiasme de la première heure.

Chacun de nous peut devenir tuberculeux, mais, si peu d'entre nous sont atteints, c'est qu'à côté de la cause de la tuberculose, il y a la cause de la tuberculisation, qui peut être héréditaire ou acquise.

D'une façon générale, les mal bâtis, les débiles sont des prédisposés. En tête de ces derniers se rangent les lymphatiques. Le lymphatisme, comme vous le savez, est un tronc à deux branches : le rhumatisme et la scrofule. Cette dernière est une maladie générale qu'il faut distinguer de la tuberculose; elle a des manifestations légères ou des manifestations graves. Parmi les graves, se rangent les tumeurs blanches, les adénites caséeuses et certaines variétés de lupus. Dans ces affections, M. Peter a insisté, en passant, sur ce point, le nombre des bacilles est souvent des plus minimes.

M. Grancher, pour rechercher les rapports qui existent entre la scrofule et la tuberculose, a inoculé des cobayes avec des produits scrofuleux d'origines diverses (croûtes d'impétigo, pus d'adénite chronique ou de tumeur blanche). Les inoculations faites avec les produits des scrofules légères, produits dans lesquels il avait été impossible de découvrir le bacille de Koch, restèrent presque toutes stériles; celles, faites avec des produits de scrofulides graves, rendirent, au contraire, tous les animaux tuberculeux, et tuberculeux avec bacilles. On peut donc admettre qu'un scrofuleux

ne devient tuberculeux que par auto-inoculation de ces lésions bacillifères ou même non bacillifères.

Le goutteux peut devenir tuberculeux ou engendrer des enfants devenant tuberculeux par déchéance organique. Il en est de même de l'herpétique et surtout du syphilitique. Dans la syphilis, en effet, le malade est affaibli par le tourment moral, par l'évolution même de la vérole, par le traitement qui trouble le fonctionnement des voies digestives.

Le rôle de l'hérédité, dans la tuberculose, a été très discuté, mais il est actuellement démontré qu'il est très rare que la maladie se transmette de la mère au fœtus. M. Hutinel a recueilli, à ce point de vue, une statistique très intéressante sur les enfants abandonnés, de 1 jour à 3 ans, recueillis par l'Assistance publique. Après vérification, il ne fut trouvé que 17 enfants tuberculeux sur 20,616; or, on sait que beaucoup de ces enfants ont pour mères des femmes mortes phthisiques dans les hôpitaux. L'influence héréditaire peut être détruite par une bonne hygiène.

La prédisposition à la tuberculose peut être acquise, la tuberculisation peut être accidentelle; deux grands ordres de causes sont alors à incriminer, et on trouve le plus habituellement soit une inanitiation par les voies digestives, soit une inanitiation par les voies respiratoires.

Parmi les maladies des voies digestives, qui entravent l'alimentation, un grand nombre entraînent la production d'une tuberculose pulmonaire; tels sont le rétrécissement de l'œsophage, surtout le rétrécissement fibreux cicatriciel, l'ulcère simple, le cancer de la grande courbure ou des faces, qui permet une survie assez longue, et même les dyspepsies anorexiques des hystériques; ces derniers malades ont cependant, comme vous le savez, une grande tolérance pour l'inanition.

Du côté de l'appareil respiratoire, les affections diverses, qui rétrécissent beaucoup le champ de l'hématose, entraînent aussi facilement l'apparition de la tuberculose. Il en est ainsi, par exemple, dans les kystes hydatiques qui atteignent facilement un grand volume; les tubercules atteignent alors, à leur début, les parties que la compression a privées d'air. La pleurésie séreuse est souvent suivie de phthisie; il est certain que beaucoup de pleurésies sont tuberculeuses, mais il est non moins établi qu'il en est qui ne le sont pas; ces dernières peuvent cependant entraîner la tuberculisation. Il faut encore citer la bronchite chronique, indéfinie, avec dilatation des bronches, et même l'asthme.

L'influence du rétrécissement pulmonaire sur le développement de la tuberculose est considérable; le rétrécissement affame le poumon de sang et l'insuffisance de l'hématose arrive à un degré considérable; la phthisie cause très fréquemment la mort des malades atteints de cette lésion de l'appareil circulatoire.

Deux catégories d'individus sont très fréquemment phthisiques, ce sont les ouvriers vivant dans l'air confiné et surtout les employés qui se trouvent dans les mêmes conditions. Ces derniers, entassés dans des bureaux trop étroits, respirant une atmosphère souvent surchauffée, présentent parfois, comme M. Peter l'a vu à l'ancien hôtel des Postes, de véritables épidémies de phthisie, et souvent cette dernière a une marche très rapide.

Depuis la découverte de Koch, la thérapeutique s'est acharnée contre le bacille tuberculeux. Malheureusement, ainsi qu'une rapide revue des moyens « bacillicides » préconisés va le montrer, les résultats obtenus

dans cette voie sont loin d'être encourageants. La thérapeutique bacillicide tue les malades, la thérapeutique « bacillempêchante » les sauve.

Les inhalations d'acide fluorhydrique ont été très employées un moment; les lavements d'acide carbonique, les inhalations d'air surchauffé ont aussi eu leur moment de vogue. Tout cela est bien oublié aujourd'hui, car ces pratiques sont souvent non seulement inutiles, mais encore nuisibles. Cependant, il faut faire remarquer que les phthisiques que l'on traitait par ces nouvelles méthodes, étaient souvent notablement améliorés dans les premiers jours; cela tient à ce que tout phthisique dont on s'occupe, tout phthisique à qui l'on promet la guérison, voit quelques-uns des symptômes secondaires de son mal diminuer dans une certaine mesure. Les forces semblent reprendre, l'appétit s'améliorer. En réalité, c'est un effet purement moral, et bientôt la maladie reprend sa marche progressive, inexorable.

M. Grancher essaie en ce moment d'arriver à faire des vaccinations antituberculeuses; malheureusement, ces tentatives sont encore trop peu suivies de succès; il y a trop d'irrégularité dans les résultats obtenus, trop de danger dans les inoculations, pour que l'on puisse songer à transporter les vaccinations chez l'homme.

On a renoncé aux injections de sérum de sang de chien ou de chèvre qui auraient dû être rejetées théoriquement, puisque le chien et la chèvre ne sont pas réfractaires à la tuberculose.

Koch a eu l'idée, avec sa lymphe, de détruire le tissu tuberculeux pour lui couper les vivres; il faut remarquer que le bacille tuberculeux se charge déjà de cette destruction et que l'action de la lymphe ne fait que s'ajouter à la sienne. En réalité, les injections n'avaient qu'un effet, elles mobilisaient le bacille qui allait chercher fortune ailleurs; souvent le malheureux phthisique traité par les injections de lymphe succombait à la tuberculose aiguë.

M. Peter regarde la créosote et le gaïacol, qui est un principe actif, comme les meilleurs moyens qu'il soit possible d'opposer à la multiplication des bacilles. Il est, du reste, possible que la créosote n'agisse que comme balsamique, que ce soit là une application de la médication substitutive. Il y aurait alors surtout modification de l'inflammation chronique des bronches. En tout cas, il faut faire son deuil des parties du poumon où il y a des granulations tuberculeuses et de celles qui sont transformées en cavernes.

La créosote est mal supportée par l'estomac, et, M. Peter a insisté à maintes reprises sur ce point, il faut ménager avec le plus grand soin l'estomac du phthisique. On administrera donc le médicament par la voie sous-cutanée, en ayant soin de ne pas donner des doses trop fortes. Ces dernières peuvent provoquer des poussées congestives avec hémoptysies, quelquefois très abondantes, parfois même mortelles. La créosote doit surtout être maniée avec précaution dans les formes éréthiques de la phthisie.

M. Peter conseille l'emploi de l'huile créosotée. L'injection doit être faite lentement, et il faut éviter avec le plus grand soin de pousser le liquide dans une veine, ce qui amènerait la production d'embolies pouvant être mortelles.

Le gaïacol est aussi un médicament utile. De même qu'à la suite de l'usage de la créosote, on observe la diminution de la toux et de l'expectoration et une augmentation de l'appétit; les bacilles persistent dans les crachats.

On peut se servir de la formule suivante :

Huile d'amandes douces............................	100 grammes.
Gaïacol..	10 —
Iodoforme..	1 gramme.

et injecter chaque jour 50 centigrammes de la solution. Au début du traitement, on fera bien de commencer par 10 centigrammes.

Quelle que soit l'utilité de la créosote et du gaïacol, le traitement hygiénique, qui aura pour base la cure d'air, le séjour à la campagne et une bonne alimentation, sera toujours la meilleure thérapeutique à diriger contre la phthisie. On pourra y joindre, selon les indications, l'usage de l'huile de foie de morue, si elle est bien supportée, et celui de la révulsion locale.

REVUE DES JOURNAUX

Sur l'infection puerpérale et sur le but que doit se proposer l'obstétrique moderne, par le professeur Hégar. (*Revue de thérapeutique*, 1891.) — M. Hégar, avec la grande autorité qu'il possède dans les questions d'obstétrique et de gynécologie, a dépouillé les statistiques officielles du grand-duché de Bade pour faire un peu de jour sur la question de l'emploi des antiseptiques chez les femmes en couches, question qui soulève aujourd'hui de nombreuses controverses.

M. Hégar constate que, dans les quarante dernières années, la mortalité chez les femmes en couches, et pendant les trois septenaires qui suivent la délivrance, n'a pas sensiblement varié dans le pays de Bade. Il a rappelé que les accoucheurs forment deux camps : d'un côté, ceux qui sont partisans de la doctrine de l'auto-infection emploient les antiseptiques *largâ manû*, car ils considèrent la surface interne du vagin et le col de l'utérus comme un champ opératoire qu'il importe de désinfecter avant l'accouchement. De l'autre côté, ceux qui n'accordent qu'une minime importance à l'auto-infection se préoccupent surtout d'écarter des organes génitaux internes les poisons du dehors ; aussi, limitent-ils au strict nécessaire l'introduction des doigts et des instruments dans le conduit vaginal. C'est cette seconde manière de procéder qui paraît être la bonne, d'après l'enquête dressée par Hégar. Les statistiques du grand-duché de Bade démontrent que l'emploi des antiseptiques, dans la pratique obstétricale, n'a pas fait diminuer la mortalité par infection puerpérale chez les parturientes accouchées par des sages-femmes qui font bien plus d'accouchements que les médecins. Cela tient, d'après Hégar, à ce que l'emploi des antiseptiques nécessite l'introduction dans les voies génitales d'instruments qui sont trop souvent des véhicules de germes pathogènes.

Un premier but à atteindre serait d'obtenir que les sages-femmes s'abstinssent de faire des injections et de pratiquer le toucher dans le cas où l'accouchement marche normalement. Dans ces cas, le toucher est superflu ; par la palpation externe, par l'observation attentive de l'état général du pouls, de la température, de la respiration, de la succession des contractions utérines, etc., les matrones se renseignent suffisamment sur le point de savoir quand il y a lieu de faire prévenir un accoucheur ; d'autre part, le toucher pratiqué chez les femmes enceintes et chez les parturientes nuit plus à celles-ci qu'il n'éclaire les sages-femmes, qui ne sont qu'insuffisamment familiarisées avec les procédés d'exploration interne. Il est donc préférable de bien les exercer aux pratiques d'exploration externe, et d'obtenir qu'elles s'en tiennent à ce mode d'examen.

Sur l'abus de la désinfection des organes génitaux externes chez les femmes bien portantes, par le docteur C. Axmann. (*Revue de thérapeutique*, 1891.) — M. Axmann est placé depuis trente ans à la tête de la Maternité d'Erfurth ; en se basant sur les résultats de son observation personnelle, il se rallie à la thèse défendue aujour-

d'hui en Allemagne par bon nombre d'accoucheurs et qui consiste à voir de sérieux inconvénients dans l'abus qu'on tend à faire des injections de sublimé et d'acide phénique chez les femmes en couches bien portantes. A la Maternité d'Erfurth, toute femme grosse qui va subir une exploration est préalablement baignée, puis on lui fait une injection avec de l'eau chaude (25°). On ne permet aux élèves sages-femmes de pratiquer le toucher qu'une fois qu'elles sont bien familiarisées avec ce genre d'exploration, par les exercices sur le mannequin. Quant au reste, le *sublimé et l'acide phénique sont considérés comme des toxiques d'un emploi très dangereux entre les mains inexpérimentées.*

Les résultats constatés à la Maternité d'Erfurth, depuis qu'on procède comme il vient d'être dit, sont d'ailleurs excellents. Sur un total de 1,187 femmes gravides ou parturientes qui ont servi à l'instruction des élèves, 46 seulement ont présenté des élévations de température au-dessus du niveau physiologique. D'autre part, sur 59,044 accouchements faits par les sages-femmes dans le district d'Erfurth, de 1882 à 1886, 153 ont présenté des affections puerpérales et 76 ont succombé, ce qui donne un taux de morbidité de 3,26 p. 1,000 et un taux de mortalité de 1,28 p. 1,000!

Résorption de l'iodure de potassium appliqué sur la peau en pommade, par le docteur Peters. (*Revue de thérapeutique*, 1891.) — Les expériences faites par M. Peters l'ont amené à conclure que l'iodure de potassium, appliqué sur la peau sous forme de pommade, que celle-ci soit préparée avec de l'axonge, de la vaseline ou de la lanoline, se trouve résorbé, en très faible quantité d'ailleurs, et à l'état d'iode. Le passage de cet iode dans les urines est difficile à mettre en évidence. Il faut, pour cela, incinérer les résidus de l'évaporation des urines et employer comme réactif le sulfure de carbone.

Incidemment, l'auteur s'élève contre l'opinion, qui a cours, des effets pernicieux des préparations mercurielles appliquées sur les conjonctives d'un malade soumis à l'administration interne ou externe de l'iodure de potassium. M. Peters cite le cas d'un sujet affecté d'une ulcération de la cornée, qu'on pansait avec une pommade mercurielle (pommade de Pagenstecher); en même temps, le malade était soumis à des applications d'une pommade à l'iodure de potassium pour le but d'expérimentation indiqué plus haut. Il n'en est résulté aucune action fâcheuse sur la conjonctive. — P. N.

SOCIÉTÉS SAVANTES DES DÉPARTEMENTS

Société médicale de Reims (Année 1890-1891).

L'aristol en oculistique; M. Bourgeois — L'aristol ou dithymol bi-iodé est un excellent antiseptique. Son emploi, en oculistique, est indiqué toutes les fois qu'il s'agit de tarir un foyer de suppuration et de favoriser la réparation d'une perte de substance. Il est, localement, d'une innocuité absolue, et, utilisé pendant un certain temps, il ne donne lieu à aucun phénomène d'intoxication. C'est là encore une supériorité sur l'iodoforme qui, même à la dose employée en oculistique, peut amener des accidents lorsque son emploi est prolongé quelque temps.

Les observations de M. Bourgeois se rapportent, pour la plupart, à des sclérotites ulcéreuses ou suppuratives. Si, pendant le cours du traitement, l'aristol semble ne pas devoir donner les résultats attendus, il faut, sans hésiter, recourir à une intervention plus radicale et consécutivement panser avec le topique.

Les praticiens peu familiarisés avec la chirurgie oculaire ont, dans l'aristol, une arme puissante pour mener à bonne fin le traitement des kératites ulcéreuses et suppuratives exemptes de complications. L'aristol est avantageux, surtout chez les enfants qu'il peut dispenser d'une intervention opératoire.

M. Seuvre a employé l'aristol dans un cas d'ozène persistant avec plaie de la muqueuse contre lequel tout avait échoué; il le conseille aussi dans les gerçures du bout du sein, car il n'empêche pas l'allaitement. Enfin l'aristol est encore utile contre les végétations du prépuce et du gland.

Fracture de la colonne cervicale. — M. Barthélemy a observé un cas de fracture de la colonne cervicale chez un dragon qui était tombé sur la tête. Au moment de la chute, il y eut vomissements sanguins, écoulement de sang par l'oreille et perte de connaissance. La tête était dans l'extension forcée, l'occiput touchait à la partie supérieure de la région dorsale ; dans le pharynx, on sentait une saillie prononcée, volumineuse, dont la partie supérieure donnait la sensation de l'apophyse odontoïde. Après chloroformisation, on fit des tentatives de réduction consistant en tractions sur la tête pendant que les doigts introduits dans le pharynx repoussaient les vertèbres en arrière. A un moment donné, il se fit un craquement et l'on put fléchir la tête. De crainte d'accidents, on s'en tint là, et une minerve en plâtre fut appliquée. Trente-deux jours après l'accident, le blessé n'avait qu'un peu de gêne de la déglutition et des éblouissements quand il penchait la tête à gauche.

Ptosis paralytique. — M. E. Bagneris a traité un ptosis paralytique par le procédé de Dransart (de Somain). On s'assure d'abord que le muscle frontal n'est pas paralysé, puis on saisit entre le pouce et l'index la peau qui sépare les sourcils de la base des cils. On passe à la base de ce pli deux ou trois anses de fil armés de deux aiguilles, l'anse restant à la base des cils et les extrémités des fils restant à la base des sourcils. Les fils sont noués en huit de chiffre. Le nœud est serré proportionnellement au degré de correction désirable. Les fils, par leur séjour, forment une traînée cicatricielle qui sert de tendon d'attache de la paupière supérieure au muscle frontal, muscle dont l'action se substitue à celle du releveur paralysé.

Le principal reproche que l'on a fait à l'opération de Dransart est de provoquer des abcès des paupières, et la malade de M. Bagneris a présenté cette complication, bien qu'il ait opéré antiseptiquement. On doit donc prendre les plus grandes précautions.

Vaccination et influenza. — M. Bienfait a communiqué une statistique faite sur le personnel du chemin de fer et tendant à contredire l'assertion de Griesinger sur l'immunité pour l'influenza créée par la vaccination.

A Reims, depuis le mois d'août 1888, on a vacciné le personnel tous les mois : au 31 décembre 1890, il y avait eu 901 employés revaccinés, dont 423 avec succès ; 221 avec insuccès et 267 ne se sont pas représentés pour la constatation des résultats de la vaccination. Pendant l'épidémie d'influenza, il y a eu 434 malades ; or, dans l'exploitation, sur 188 influenzas, 72 avaient été revaccinés avec succès. Dans le mouvement, sur 52 influenzas, 8 avaient été vaccinés avec succès. Dans le camionnage, sur 11 influenzas, 6 avaient été vaccinés avec succès.

— M. le docteur Weill a recueilli un cas de *broncho-pneumonie compliquée de parotidite à pneumocoque*. Une observation du même genre a été publiée par le docteur Duplay, et il n'en existe que deux autres dans la science, celles de MM. Toupet et Testine. Il ne faut jamais, dans les pneumonies, négliger l'antisepsie de la bouche.

— M. Moret a observé un cas de *rétention biliaire suivi de mort*, surtout intéressant en ce que, la malade, plongée dans un état typhoïde très accentué, a présenté des taches rosées lenticulaires. L'autopsie montra que les plaques de Payer étaient intactes.

— M. Guelliot a soigné une jeune femme qui, depuis trois mois, avait des vomissements incoercibles ; à l'épigastre, on sentait une tumeur du volume d'un gros œuf un peu mobile. Le diagnostic de rein flottant fut éloigné et on pensa à une tumeur de l'épiploon gastro-hépatique. La *laparotomie* fut décidée. La veille de l'opération, on sentait dans la région gauche de l'épigastre un empâtement dur donnant exactement la sensation du cancer de la face antérieure de l'estomac ; de plus, un peu au-dessus de l'ombilic, on percevait nettement un noyau siégeant probablement dans l'épiploon. La laparotomie fit constater une tumeur du pancréas ; à l'épigastre, l'estomac, ratatiné, contracté, donnait au doigt la sensation d'une tumeur solide, mais il était sain dans toute son étendue.

Fracture de la colonne vertébrale. Contusion de la moelle épinière. — M. Cochemé a présenté la moelle d'un homme de 40 ans, qui a succombé dix jours après une chute.

Immédiatement après l'accident, on avait constaté une paraplégie complète, avec anesthésie jusqu'au niveau de la base de la poitrine; la vessie était également paralysée. Après avoir présenté des symptômes de congestion pulmonaire, le malade s'est plaint d'engourdissement dans les bras, puis il est mort subitement. A l'autopsie, on a trouvé une fracture par écrasement de la première vertèbre dorsale et une contusion énorme de la moelle qui, à ce niveau, n'existait pour ainsi dire plus, les méninges seules étant intactes; il y avait, de plus, un petit épanchement sanguin intra-rachidien au niveau du renflement lombaire.

M. Guelliot a tenu à faire présenter cette moelle parce que l'on est mal fixé encore sur les accidents qui succèdent aux lésions de cet organe et que le chirurgien est peu guidé. La chirurgie médullaire est, de ce fait, fort peu avancée. Dans le cas particulier, une intervention n'aurait aucune chance de succès. Le blessé était légèrement bossu et le point culminant de la déformation se trouvait au niveau des premières vertèbres dorsales. Or, il a suffi d'un traumatisme relativement léger (chute de deux mètres de hauteur sur les pieds) pour broyer complètement le corps de la première dorsale, le point d'application de la face vulnérante ayant été précisément l'angle rentrant formé à ce niveau par le rachis. Cet angle s'est sans doute accentué après la fracture; mais il a été impossible, pour le diagnostic, de tenir compte d'une déformation qu'on savait exister antérieurement et dont on ne connaissait pas exactement l'étendue.

— Parmi les autres communications faites à la Société que le défaut de place nous empêche de résumer, nous devons citer celles de MM. Moret, sur un cas de méiopragie cardiaque; Colleville, un cas d'automatisme ambulatoire; Doyen, qui a présenté une double salpingite tuberculeuse; Guelliot, sur un cas de tarsectomie et d'opération de Phleps.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 novembre. — Présidence de M. Labbé.

Sommaire : *Traitement du pyo-pneumothorax tuberculeux par la pleurotomie. — Sur l'infection mixte par bacille typhique et streptocoque. — Diabète hydrurique de nature hystérique.*

M. Merklen a traité, l'année dernière, quatre cas de pyo-pneumothorax tuberculeux. Il fit, chez les trois premiers malades, des ponctions suivies de lavages à l'eau naphtolée ou d'injections de liqueur de Van Swieten en petite quantité. Les résultats étaient d'abord satisfaisants; la fièvre tombait et le malade éprouvait un grand soulagement; mais, au bout de vingt-quatre ou trente-six heures, l'épanchement et la fièvre reparaissaient. Ces trois malades finirent par mourir; deux, il est vrai, étaient déjà à une période avancée de la phthisie pulmonaire.

Chez le quatrième malade, après plusieurs ponctions n'ayant pas donné de résultats durables, M. Merklen pratiqua l'opération de l'empyème suivant le procédé de Walter. Quelques semaines après, le malade pouvait être considéré comme guéri, malgré la persistance d'une fistule broncho-pleuro-pulmonaire. Depuis ce moment, sa santé a été bonne.

A la Société de médecine de Berlin, Leyden a rapporté deux cas semblables à celui de M. Mercklen; la guérison était survenue assez rapidement après l'empyème. Deux autres malades, il est vrai, étaient morts sans avoir éprouvé d'amélioration. Guttmann, de son côté, rapporta trois cas, dont deux échecs et un succès.

Il faut rapprocher tous ces cas favorables, car ils prouvent que, dans certains cas, on doit renoncer à l'abstention que tous les auteurs recommandent en face d'un pyo-pneumothorax tuberculeux. La crainte des poussées aiguës de tuberculose fait rejeter la

pleurotomie. Mais cette crainte n'est pas justifiée; le vrai danger, c'est l'infection septicémique résultant d'un manque d'antisepsie.

Le fait de M. Mercklen démontre, en outre, que la pleurotomie simple donne des résultats aussi satisfaisants que la pleurotomie avec résection des côtes, telle qu'on la pratique en Allemagne.

Dans tous les cas, la guérison n'est pas complète, puisque l'opération laisse à sa suite une fistule persistante; mais c'est là, somme toute, une lésion peu importante. Les pleurésies purulentes tuberculeuses, traitées par l'empyème, laissent aussi une fistule; c'est sans doute pour la même raison que le pyo-pneumothorax tuberculeux ne guérit pas sans fistule persistante; peut-être aussi peut-on invoquer la communication du trajet fistuleux avec un foyer tuberculeux du poumon.

Cette fistule ne semble pas justiciable d'une intervention opératoire radicale, bien que des injections répétées de naphtol camphré aient complètement échoué dans le cas de M. Merklen.

La pleurotomie ne doit point être conseillée dans tous les cas de pyo-pneumothorax tuberculeux. Pour que l'opération ait des chances de succès, il faut : 1° que les lésions pulmonaires ne soient ni trop profondes, ni trop étendues; 2° que le pyo-pneumothorax soit récent. S'il est ancien, on peut craindre que le poumon refoulé dans la gouttière costo-vertébrale n'ait contracté des adhérences qui l'empêchent de se dilater et de combler le vide pleural. L'ancienneté de l'affection ne saurait cependant être considérée comme une contre-indication absolue. Dans le cas de Guttmann, le pyo-pneumothorax datait d'un an. Une thoracentèse préalable permettrait, dans les cas douteux, de reconnaître si le poumon est libre et capable d'ampliation.

M. Rendu : Le fait de M. Merklen présente un très grand intérêt, tout d'abord parce que le malade a guéri. Mais il serait dangereux d'ériger en principe le traitement du pyo-pneumothorax tuberculeux par la pleurotomie. En effet, il est souvent bien difficile d'apprécier exactement le degré de tuberculisation du poumon opposé; les lésions peuvent être assez étendues sans se révéler à l'auscultation par des signes bien nets. Dans ce cas, il peut se produire, à la suite de l'empyème, une congestion paraphimique intense capable d'entraîner rapidement la mort du malade.

M. Rendu a pratiqué deux fois la pleurotomie pour le pyo-pneumothorax tuberculeux. Dans le premier cas, il procura au malade, qui était mourant, une survie de six mois. Mais, dans le deuxième, il se produisit, quarante-huit heures après l'opération, une congestion suraiguë du poumon du côté opposé, et le malade mourut asphyxié. Ce poumon semblait cependant, à une auscultation minutieuse, à peu près sain.

Donc, pour pratiquer sans inquiétude l'empyème dans le cas de pyo-pneumothorax tuberculeux, il faut être sûr que l'autre poumon est normal. A ce point de vue, l'ancienneté d'un pyo-pneumothorax garantit presque le bon état du poumon opposé.

M. Debove a pratiqué la pleurotomie dans un cas où elle n'était pas urgente; c'était chez un homme très robuste ; il n'y avait pas de suffocation. L'opération réussit parfaitement, mais les accidents tuberculeux se déroulèrent suivant leur processus ordinaire, et le malade mourut au bout d'un an, sans avoir retiré aucun bénéfice de l'intervention.

M. Richardière a opéré, en 1885, un malade dont l'état général était des plus mauvais. Il présentait un œdème considérable; l'asphyxie était imminente. L'année dernière, c'est-à-dire cinq ans après l'opération, ce malade était encore en bonne santé, malgré la persistance d'une fistule. Le poumon sain ne s'était pas pris.

M. Merklen : Les contre-indications de l'empyème dans le pyo-pneumothorax tuberculeux sont évidemment très nombreuses. D'ailleurs, la question des opérations chez les tuberculeux n'est point encore définitivement résolue, bien qu'elle ait été longuement débattue à la Société de chirurgie. Néanmoins, les cas favorables de Leyden et de Guttmann, celui de M. Richardière, celui enfin de M. Merklen prouvent que, dans certaines circonstances, l'intervention est favorable.

— M. Vaillard présente la note suivante au nom de M. Vincent, médecin aide-major à l'hôpital d'Alger :

L'infection simultanée par le streptocoque et le bacille typhique paraît jouer un rôle assez fréquent comme cause de la mort dans la fièvre typhoïde. Sur 16 autopsies de typhiques, cinq fois les cultures ont révélé, dans les ganglions mésentériques, la rate, le foie, les reins, le système nerveux et une fois même dans le sang, la présence concomitante du streptocoque et du bacille d'Eberth.

Le streptocoque peut intervenir dans le cours d'une fièvre typhoïde; il s'agit alors d'une infection secondaire. D'autres fois, l'infection est mixte d'emblée. Les premiers cas sont les plus fréquents : une angine, un érysipèle, une otite ont été la première manifestation locale du streptocoque et le point de départ d'une infection générale surajoutée. Il en résulte une recrudescence tantôt solennelle, tantôt insidieuse des phénomènes généraux.

Dans le deuxième ordre de faits, l'association parasitaire se développe d'emblée. Il s'agit d'une véritable septicémie strepto-typhique d'un pronostic très grave, déterminant surtout des phénomènes nerveux.

Un jeune soldat succomba au dix-septième jour d'une fièvre typhoïde atypique, après avoir présenté les particularités cliniques suivantes : diarrhée, puis constipation opiniâtre, délire, contractures, myosis, fièvre irrégulière. A l'autopsie, on ne trouva que quelques plaques modérément infiltrées et ulcérées; deux petits abcès dans la rate; congestion vive et hydropisie des méninges. Le bacille typhique et le streptocoque ont été isolés concurremment par les cultures dans tous les viscères et dans les ganglions mésentériques. Le streptocoque était abondant surtout dans le cerveau.

Ici, la porte d'entrée du streptocoque s'était faite vraisemblablement par l'intestin. Le streptocoque existe, en effet, normalement dans la salive, d'après M. Netter, et M. Vincent l'a retrouvé dans les matières fécales d'un sujet sain et de deux typhiques.

L'infection strepto-typhique peut déterminer la fièvre typhoïde sans lésions intestinales. MM. Vaillard et Vincent en ont publié un cas l'année dernière. M. Vincent en rapporte un nouveau cas : Un malade meurt au douzième jour d'une fièvre typhoïde. A l'autopsie, on ne trouve aucune lésion de l'intestin ouvert dans toute sa longueur. L'examen bactériologique révèle la présence du bacille typhique dans tous les viscères et dans le système nerveux. En même temps, on trouve des streptocoques, très nombreux surtout, dans la rate et le cerveau.

L'inoculation séparée du streptocoque et du bacille typhique, à petite dose, ne produit qu'un peu de fièvre chez le lapin, le rat ou le cobaye; au contraire, le mélange de ces deux cultures détermine une septicémie rapide, avec fièvre, diarrhée, stupeur. A l'autopsie, l'intestin grêle est semé de plaques saillantes et vascularisées.

— M. Babinski : Le diabète hydrurique relève quelquefois directement de l'hystérie et constitue une manifestation de cette névrose.

On avait déjà observé la coïncidence de stigmates hystériques et d'une polyurie plus ou moins abondante. Mais l'origine hystérique de la polyurie n'était point démontrée par cette coïncidence. Pour affirmer qu'un syndrome est tributaire de l'hystérie, il est indispensable de constater, soit dans son aspect symptomatique, soit dans son mode d'évolution, quelques-uns des caractères qui appartiennent en propre aux manifestations hystériques.

M. Babinski vient d'observer un cas de polyurie qui remplit bien toutes ces conditions. Le malade présente la plupart des stigmates hystériques; il est sujet à des attaques dans lesquelles la phase délirante joue un rôle prépondérant; enfin il est hypnotisable. Quand il entre à l'hôpital, sa polyurie, qui a débuté brusquement, date de huit jours; il a maigri, perdu ses forces, il a des frissons.

La quantité d'urine des vingt-quatre heures varie de six à huit litres; c'est une polyurie simple; deux fois, cependant, la quantité totale d'urée dépassait 40 grammes; mais cette azoturie semble due à l'alimentation. Il y a en même temps polyphagie et polydipsie. La polyurie ne paraît pas relever de la polydipsie; elle tiendrait plutôt celle-ci sous sa dépendance, car la quantité des urines émises dans les vingt-quatre heures a été plusieurs fois sensiblement supérieure à la quantité des liquides ingérés pendant le même temps.

A l'aide de la suggestion pratiquée à l'état hypnotique, M. Babinski a pu faire disparaître cette polyurie, puis la faire reparaître, et enfin la faire disparaître définitivement, après avoir renouvelé ces expériences à plusieurs reprises avec succès.

La polyurie a donc été influencée par la suggestion à la façon des phénomènes hystériques; sa nature hystérique n'est donc pas douteuse.

Ce fait peut présenter un grand intérêt pratique. L'hydrurie hystérique peut, en effet, durer longtemps et produire par cela même un affaiblissement dangereux. Il faut donc, en face d'uu cas de diabète hydrurique, se rappeler que ce syndrome peut être de nature hystérique et qu'il est alors susceptible d'être modifié et même supprimé par les divers traitement de l'hystérie.

Enfin, comme tous les autres phénomènes hystériques, le diabète hydrurique peut constituer très vraisemblablement une manifestation isolée, monosymptomatique de la névrose. Dans un cas de polyurie, même en l'absence de tout stigmate hystérique, l'hypothèse de polyurie hystérique ne devra donc pas être éliminée d'emblée.

M. Debove : La polyurie hystérique est connue depuis longtemps et sa fréquence a augmenté à mesure que l'hystérie a agrandi son domaine; comme l'a dit M. Babinski, elle peut être la manifestation unique de la névrose.

M. Debove en a observé deux cas : dans l'un, c'était une polyurie simple; dans l'autre, il y avait en même temps de l'azoturie. Ces malades ont guéri, mais non point par suggestion; ils n'étaient pas hypnotisables.

FORMULAIRE

Pommade contre les douleurs rhumatismales. — Kittl.

Cire blanche............................ 5 grammes.
Axonge................................ 15 —

Faites fondre ensemble et, le mélange étant suffisamment refroidi, ajoutez :

Chloroforme .... 5 grammes.

On étale une couche de cette pommade sur une compresse que l'on maintient à l'aide d'une bande sur la région douloureuse. — L'addition de la cire à cette pommade a pour effet d'y retenir plus longtemps le chloroforme, qui produit mieux son effet analgésique.

N. G.

COURRIER

Par décret, est déclarée d'utilité publique la création, à Châtillon, d'une station pour les enfants athreptiques et syphilitiques du département de la Seine.

Société de médecine de Gand. — *Prix.* — Première question : « Faire de nouvelles recherches sur la nature du carcinome au point de vue de la microbiologie ». — Deuxième question : « Etudier les causes de la fièvre puerpérale ». — Troisième question : « Préciser le traitement préventif de la tuberculose pulmonaire ». — Quatrième question. Sujet librement choisi : « Mémoire sur une question de médecine, de chirurgie, d'anatomie ou de physiologie.

Les mémoires doivent être écrits en français, néerlandais ou latin, accompagnés d'un billet cacheté contenant le nom et l'adresse de l'auteur. Ils seront adressés au secrétaire de la Société, M. C. Verstraeten, place Van Artevelde, 16, à Gand, avant le 1er janvier 1893. L'auteur d'un mémoire couronné recevra une médaille d'or de la valeur de 200 francs, cinquante exemplaires tirés à part du mémoire qui sera publié dans les Annales de la Société, et le titre de membre correspondant.

Trois suicides pour une sapèque. — Il y a quelques jours, à Hang-Tcheou, deux amis prenaient le thé dans un restaurant. L'un d'eux paye le prix de la consommation en sapèques. Le garçon refuse une des sapèques (la sapèque vaut un demi-centime) comme fausse et en demande une autre à la place. Une altercation s'ensuit, qui fut arrêtée par les autres consommateurs, lesquels érigés en arbitres, décidèrent que les deux amis feraient des excuses au garçon. On s'exécuta, mais, une fois sortis de l'établissement, nos deux individus ressentirent si vivement leur honte (ils jugèrent qu'ils avaient *perdu la face*, l'honneur) qu'ils achetèrent pour une piastre d'opium qu'ils ingurgitèrent et retournèrent ensuite à la maison de thé, où ils expirèrent. Ce n'est pas fini : le patron de l'établissement, jugeant qu'il avait à son tour *perdu la face* par ce double suicide consommé chez lui et craignant peut-être des poursuites, avala à son tour de l'opium, dans le but de mettre fin à ses jours; mais on vint à temps à son secours, et il fut sauvé.

Trois suicides pour une sapèque : la vie humaine n'est pas chère en Chine !

(*Lyon Médical.*)

L'écriture droite. — Le Conseil supérieur de santé de l'Autriche-Hongrie vient d'examiner officiellement la question de l'écriture droite au point de vue de l'hygiène, et le rapport officiel des professeurs Von Reuss et Lorenz conclut sans réserves à l'adoption générale de cette écriture dans les écoles et à son enseignement dans les classes d'écriture. La direction des lignes a une très grande influence sur l'attitude du corps. L'écriture droite permettrait de faire porter des lunettes appropriées aux écoliers myopes, sans crainte de voir la myopie s'accentuer par suite de l'attitude incorrecte de la tête.

Cette écriture a déjà été adoptée dans une école privée. Elle permet aux enfants d'adopter une bonne attitude pour écrire et les résultats de cette expérience sont des plus encourageants. On comprend que l'inclinaison de la tête, habituelle chez les écoliers qui emploient l'écriture penchée, produit une incurvation de la colonne vertébrale; la répétition et la longue durée de cette mauvaise attitude est une des causes les plus fréquentes du développement vicieux de la colonne vertébrale.

Les rapports insistent également sur l'importance qu'il y a d'adopter des bancs de hauteur appropriée à la taille des enfants.

Une négresse docteur en médecine. — Une négresse vient de conquérir son diplôme de docteur en médecine dans l'Alabama; c'est la première de sa race, dit la *Revue scientifique*, à obtenir ce titre.

Chez Thiron, malade. — Une de ses camarades de la Comédie-Française, le sachant malade et fort malade, va le voir. Elle le trouve, en robe de chambre, à genoux sur son tapis, et ses membres étendus sous le canapé, paraissant chercher quelque chose.

— Eh, que fais-tu là? lui dit-elle.

— Chut! tu vas les effaroucher. Ce sont mes saugsues que je ramasse.

— Tes sangsues!

— Oui, le médecin a eu l'imprudence de dire devant elles où on allait me les mettre. Elles ont pris peur et se sont sauvées.

(*Lyon médical.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Hôpital de la Pitié. — M. le professeur Jaccoud.

Sur un cas de coma.

Messieurs,

Je veux vous parler aujourd'hui d'un malade que peu d'entre vous ont pu voir, vu sa mort rapide, mais qui cependant mérite de retenir votre attention. Cet homme, âgé de 30 ans, fut apporté le 28 octobre dernier dans nos salles dans un état comateux. Le lendemain matin, il était dans le même état, sans la moindre espèce de modification; nous n'avions pas de renseignements sur son compte et il nous était par conséquent difficile d'arriver à un diagnostic.

D'une façon générale, lorsqu'un homme est dans le coma, que faut-il faire pour déterminer la cause de l'état dans lequel il se trouve? Je vais vous indiquer la marche que j'ai l'habitude de suivre dans ces cas. La première chose est de s'enquérir de la température, de savoir si elle est fébrile, normale ou subnormale. Au moment de son entrée, notre malade avait une température à peu près normale. Il faut ensuite rechercher si la résolution

FEUILLETON

Les inconstances de la justice vis-à-vis des médecins.

Il y a quelques mois, un de nos honorables confrères de la province prescrivit 1 granule d'acotinine, suivant la formule du Codex, à une jeune fille atteinte de névralgie. Le pharmacien exécuta l'ordonnance, la jeune fille avala la pilule et..... un quart d'heure après, elle était morte.

Vous pensez quelle émotion cet événement souleva dans la petite ville où il se passa. Notre confrère fut traduit en correctionnelle, et là, malgré la présence de M. Brouardel, appelé à titre d'expert, et qui déclara que le médecin s'était comporté correctement, que le Codex seul avait tort, l'inculpé fut condamné à 100 francs d'amende. C'était peu, en somme, mais enfin il fut condamné. Il n'alla pas en appel, et il eut raison, car enfin on ne sait jamais ce qui peut arriver, et les seconds juges auraient bien pu être moins bien bienveillants encore envers le médecin et élever sa peine.

Ces jours-ci, pareil fait s'est présenté à Paris, et cette fois le coupable, ou plutôt l'inculpé, fut acquitté. Oh ! trois fois heureux confrère! Lui non plus n'en a pas appelé; ça se comprend. Mais pourquoi ces inconstances de la justice?

Dans le dernier cas, ce fut encore le Codex qui eut tort. Voici en quels termes la prévention était formulée :

générale est absolue ou si elle ne coïncide pas avec des contractures ou des paralysies partielles. Il n'est pas toujours facile de reconnaître ces dernières; on y arrive cependant en soulevant, par exemple, les deux membres supérieurs à la même hauteur et en les laissant retomber en même temps. On peut alors apprécier si la rapidité de la chute est la même des deux côtés. La reconnaissance des contractures n'offre pas de difficulté; le tout est de penser à les rechercher, en faisant mouvoir passivement les différents segments des membres.

Il y a le plus grand intérêt à déterminer l'existence ou l'absence de ces phénomènes, car ce sont des phénomènes de foyer et, quand ils manquent, cela indique vraisemblement qu'il n'y a pas de lésion circonscrite dans l'encéphale; ce dernier peut du reste être en cause, mais alors il s'agit forcément d'une maladie diffuse.

Chez notre homme, il n'y avait ni contracture ni paralysie.

Ces différentes constatations une fois faites, il faut examiner la sécrétion urinaire. Le coma peut être causé par un état urémique, et ce coma urémique peut être aussi profond que dans le cas dont nous parlons et s'accompagner d'incontinence des sphincters. Mais l'urine ne contenait pas d'albumine.

Il pouvait encore s'agir d'une atteinte brusque de l'encéphale d'origine cardiaque, de l'obstruction embolique d'une artère. Mais l'examen des viscères est resté négatif et il n'y avait rien du côté du cœur.

Toutes ces recherches étant restées négatives, nous pouvions conclure d'abord qu'il s'agissait d'une affection cérébrale. Cette affection cérébrale pouvait dépendre d'une intoxication saturnine profonde; mais, le malade étant tôlier, nous ne pouvions admettre cette éventualité et étions conduits, par exclusion légitime, à admettre une affection cérébrale d'autre cause.

Or, un grand nombre d'affections cérébrales sont capables de donner un coma de ce genre. Il en est ainsi de toutes celles à grands épanchements, des hydrocéphalies; mais, dans ces cas, il y a presque toujours quelques symptômes de lésions en foyer.

Le vendredi 3 avril 1891, Mme D., ayant un enfant malade, le conduisit au dispensaire de la rue des Cendriers, et le présenta à l'examen du docteur M. qui prescrivit l'application d'huile camphrée sur le ventre et, le lendemain, une médecine à l'huile de ricin. L'enfant étant atteint de rachitisme et la mère s'en étant plainte, le docteur M. le traita avec de l'huile de foie de morue phosphorée, et les 6, 7, 8, 9 et 10 avril, Fernand D., âgé de 2 ans, but chaque jour une cuillerée de cette huile. Le 11, il a été pris de vomissements, et le docteur cessa d'administrer l'huile de foie de morue phosphorée, qu'il remplaça par l'huile de foie de morue ordinaire; mais l'intoxication par le phosphore avait produit son effet. L'enfant, après de cruelles souffrances, est mort le 15 avril, à trois heures et demie du matin, à l'hôpital Trousseau, où il avait été transporté dans la soirée du 14.

Le 20 avril 1891, après autopsie et examen des viscères de l'enfant, le docteur Legroux rédigeait un rapport qui se termine ainsi :

« Il résulte des observations cliniques, des lésions anatomiques et des recherches cliniques, que l'enfant D. a dû succomber à un empoisonnement accidentel par le phosphore. »

Au cours de l'information suivie contre le pharmacien qui avait préparé l'huile phosphorée administrée à D., il a été établi qu'aucune faute n'était imputable au pharmacien, la quantité de phosphore contenue dans l'huile de foie de morue étant inférieure à celle portée dans l'ordonnance du médecin. Quant à celui-ci, sa responsabilité pénale est engagée; il a employé un remède dangereux sans avoir étudié les matières et la consti-

D'autre part, en supposant, ce qui nous était permis, vu l'absence de renseignements, que le coma avait été le phénomène initial, nous devions affirmer l'existence d'une affection diffuse, car les épanchements ventriculaires, les grands foyers hémorrhagiques procèdent autrement; il y a alors du stertor et des phénomènes asphyxiques proprements dits.

Enfin, il ne pouvait pas non plus s'agir d'une affection du mésocéphale qui ne permet pas une survie aussi longue.

Quelle est donc, toujours en supposant que le coma est le phénomène initial, l'affection qui peut amener d'emblée une suppression fonctionnelle de la totalité du cerveau? C'est presque forcément une affection méningitique, et ce diagnostic nous était d'autant plus imposé que l'état du malade ne s'était pas modifié après deux jours et demi.

De quelle méningite pouvait-il s'agir? Nous n'avions pas le choix; une seule méningite chez l'adulte peut évoluer sans fièvre pendant la plus grande partie de sa durée et quelquefois même jusqu'à la fin, et débuter par le coma : c'est la méningite tuberculeuse, dont l'évolution, comme vous le savez, ne ressemble alors nullement à celle de l'enfant. Notre malade n'avait aucune lésion pulmonaire, mais cela ne nous empêcha pas d'affirmer le diagnostic.

Jusqu'au 1er novembre, il n'y eut aucun changement, ni secousses ni convulsions. Le premier phénomène nouveau qui se montra fut l'élévation de la température qui atteignit 38°5 le soir du 1er novembre. Cela venait encore confirmer notre diagnostic, la méningite tuberculeuse de l'adulte pouvant être tardive. Le soir du même jour, le thermomètre monta à 39°6, mais des renseignements fournis par une sœur du malade vinrent modifier, dans une certaine mesure, l'état de la question.

Le malade avait eu une fièvre typhoïde grave, il y a six ans; il ne s'en était jamais remis complètement et était resté tousseur. Il y a quelques mois, il avait été pris d'une céphalalgie continue, d'emblée très intense, rendant tout travail difficile et allant toujours en augmentant. Il y a quatre mois, il avait commencé à présenter de la maladresse du bras gauche; cette

---

tution de son malade, et continué, pendant cinq jours, à donner ce remède sans interruption et sans prendre le temps d'en juger les effets. Et, cependant, l'inculpé était plus édifié qu'aucun autre médecin sur le caractère dangereux du remède qu'il avait prescrit, puisque deux de ses malades avaient été pris de vomissements après avoir bu de l'huile phosphorée, et le sieur M. aurait dû arrêter le traitement.

Il y a lieu d'ajouter que le remède préparé par le pharmacien ne contenait pas le dosage de phosphore indiqué dans l'ordonnance, le remède prescrit était donc encore plus dangereux que le remède administré. L'imprudence du médecin est manifeste.

*
* *

Notre confrère, après avoir vivement regretté l'accident funeste survenu à l'enfant, s'est défendu en ces termes :

« Je reconnais que, dès les premiers jours, j'ai donné à l'enfant une cuillerée d'huile de foie de morue phosphorée. On me l'a ramené jusqu'au 10 avril, et j'ai donné le même médicament. Le 11, on m'a dit que l'enfant avait la diarrhée. J'ai suspendu le traitement et lui ai donné de l'huile de foie de morue pure. J'ai appliqué un cataplasme sur le ventre et je n'ai revu l'enfant qu'une fois.

« Je repousse la prévention d'imprudence, car je n'ai donné que la dose du Codex, recommandée par les plus éminents docteurs. Les accidents signalés n'ont pu survenir qu'à la suite d'accumulation et sans que le médecin puisse prévoir que le malade n'a pu s'assimiler ce médicament. Depuis un an, je traite les enfants par le phosphore, d'après

maladresse s'était accentuée peu à peu, était devenue de la parésie, puis de la paralysie, puis, les phénomènes ayant gagné le membre inférieur du même côté, le malade était devenu hémiplégique. En même temps, le caractère changeait, était triste, la mémoire s'affaiblissait, et plusieurs fois le malade s'égara dans la rue et dut être ramené par la police. Quand sa jambe fut prise, en septembre dernier, il entra à l'hôpital, en chirurgie, et là on lui proposa la trépanation. A ce moment, il avait déjà eu des attaques de coma durant environ une heure; mais, nous n'avons pu savoir si, pendant ces attaques, il avait présenté des convulsions. Le malade refusa la trépanation avec raison, comme nous le verrons tout à l'heure, et se sauva chez lui. Pendant six semaines, son état demeura sans modifications, puis le 28 octobre, à cinq heures du soir, il tomba dans le coma et nous fut amené.

Ces renseignements, comme vous le voyez, vous font rejeter bien loin l'hypothèse du coma initial. Si nous les avions eus quand le malade est arrivé, quel jugement aurions-nous porté? Nous pouvions penser à une tumeur cérébrale ou à un exsudat faisant office de tumeur sur la région motrice. La fièvre existant, cela nous amenait forcément au diagnostic de méningite périphérique, et, comme on nous apprenait les antécédents héréditaires de notre malade, nous arrivions encore au diagnostic de méningite tuberculeuse. En effet, le père était mort phthisique vers l'âge de 35 ans ; un frère et une sœur avaient succombé à la même maladie, et nous devions forcément admettre l'existence d'une méningite d'abord lente, se terminant ensuite par une poussée aiguë.

Le malade mourut le 2 au soir, après avoir présenté une température de 40 degrés.

L'autopsie, en rapport avec l'ensemble de l'histoire du malade, nous montra d'abord qu'il n'y avait pas de méningite tuberculeuse, mais qu'il s'agissait de tumeurs cérébrales, de volume très variable, dont deux assez grosses. Le trépan aurait d'autant plus échoué que les deux grosses tumeurs étaient profondes. Ces tumeurs, Messieurs, n'étaient pas de nature tuber-

---

les auteurs, et non de mon invention; je n'ai jamais eu d'intoxication, bien que des enfants aient suivi ce traitement pendant longtemps. Je pense que la dose de phosphore administrée n'était pas excessive, d'abord parce que nombre d'enfants ont suivi ce traitement pendant vingt jours sans accidents, et que, d'autre part, la dose est indiquée au Codex et recommandée par les plus grands médecins de notre époque. »

*
* *

M. le docteur Legroux, dans le service duquel l'enfant a succombé, à l'hôpital Trousseau, a fait connaître les résultats de son examen nécroscopique. Il n'a pu voir l'enfant de son vivant, la mort étant survenue quelques heures après l'entrée du jeune malade dans son service, mais, pour lui, il ne saurait exister aucun doute sur la cause de la mort. L'enfant a bien nettement succombé à une intoxication phosphorée. D'autre part, après s'être fait présenter les ordonnances et avoir examiné les doses prescrites, M. Legroux conclut que la dose formulée était conforme aux prescriptions du Codex. C'est aussi l'avis de M. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté, appelé à titre d'expert.

Dans ces conditions, le tribunal, ne pouvant relever à la charge du prévenu aucun fait d'imprudence, aucun défaut de précaution pouvant engager la responsabilité pénale, acquitte le docteur M... et le renvoie des fins de la plainte et sans dépens.

« Nous ne pouvons, dit la *Gazette des hôpitaux*, qu'applaudir à ce jugement. Autant le législateur a le droit de se montrer sévère vis-à-vis de ceux d'entre nous qui, par une

culeuse. Dois-je rougir de mon erreur? Non, car je ne savais rien; si le coma avait été initial, je ne pouvais songer à une autre infection qu'à la méningite tuberculeuse de l'adulte. Il est évident qu'il y a eu des symptômes en foyers, peut-être même le chirurgien a-t-il pu constater l'existence d'un peu d'épilepsie jacksonnienne. J'aurais pu dire alors tumeur cérébrale, mais, avec les renseignements de famille, j'ai dû m'en tenir à mon diagnostic de méningite tuberculeuse devenue aiguë à la fin.

Les tumeurs étaient des entozoaires, des kystes hydatiques stériles. Deux sortes d'entozoaires peuvent être rencontrées dans l'encéphale; l'échinocoque que rien ne différencie de la tumeur cérébrale, et qui ne siège pas dans une région déterminée, et le cysticerque, qui affecte surtout les couches corticales des hémisphères. Griesinger, se basant sur cette localisation, a admis que le cysticerque avait une symptomatologie particulière, dépendant du reste de son siège et que l'échinocoque n'en avait pas. Or, dans notre cas, le tableau symptomatique causé par les échinocoques répondait absolument à celui dû à la précence des cysticerques. Il s'agit donc là d'une question de siège et non d'une question de nature.

Les deux grosses tumeurs étaient situées dans l'épaisseur de l'hémisphère droit, interposées entre la couche corticale et le ventricule; la plus grosse avait le volume d'une petite mandarine; elle avait comprimé l'hémisphère de bas en haut, aplati la région motrice, et cette compression, devenue assez grande, avait retenti sur l'hémisphère gauche et amené le coma.

J'appelle spécialement votre attention sur ce point, sur lequel j'ai déjà, du reste, insisté depuis longtemps : une tumeur non superficielle, située au-dessous de la région motrice, donne tous les symptômes de la suppression fonctionnelle de cette région, tellement que l'on se trompe souvent; on croit que la tumeur est entre l'enveloppe cranienne et le tissu cérébral, tandis qu'elle siège dans la substance blanche. Au point de vue mécanique, il s'agit du même processus, aplatissement de la région motrice; mais, au point de vue pathogénique, il faut bien se rappeler que la lésion des con-

---

négligence coupable ou une faute lourde, ont causé la mort de leurs clients, autant le législateur a le devoir de garantir et de protéger le médecin qui, malgré la stricte observance des règles établies, a vu un de ses malades succomber du fait de la thérapeutique employée.

« S'il en était autrement, il n'y aurait plus d'opération chirurgicale possible, plus de chloroformisation, et même plus de thérapeutique médicale active; le praticien, rendu craintif, se cantonnerait dans les tisanes et les onguents.

« Il faut donc féliciter la 6e Chambre correctionnelle du jugement qu'elle vient de rendre Mais, d'autre part, différents cas récents d'intoxication par les alcaloïdes, joints à ce cas d'empoisonnement par le phosphore, doivent rendre les praticiens très prudents vis-à-vis de ces médicaments, dont l'emploi est si difficile et si souvent dangereux. »

Tout cela est très bien et nous nous associons de tout cœur aux réflexions de notre confrère. Comme lui, nous félicitons la 6e Chambre correctionnelle. Mais pourquoi deux poids et deux mesures? Pourquoi avoir condamné notre confrère de Saint-Quentin et avoir acquitté celui de Paris, alors que les conditions étaient identiques? Mort à la suite d'emploi d'un médicament dont la formule se trouvait dans le Codex; défense des deux par M. Brouardel, qui dans les deux cas est venu en aide aux confrères contre le Codex. C'est à n'y rien comprendre. D'autant que, dans l'espèce, si l'un des deux inculpés était plus coupable que l'autre, c'était le Parisien, car il a vu le malade plusieurs jours de suite, et il aurait pu suspendre le médicament plus tôt (à la vérité, on ne l'a pas averti des accidents), tandis que le provincial n'a vu sa victime (c'est une manière de parler)

ducteurs produit les mêmes effets que celle des régions motrices; le résultat symptomatique est exactement le même que si les éléments actifs des circonvolutions avaient été supprimés. Le trépan, dans ce cas, n'aurait rien donné, sauf si l'on s'était résolu à pénétrer dans la profondeur de l'hémisphère. Et même, dans ce cas, il n'y aurait eu aucun résultat réel, car une autre tumeur siégeait dans le lobe pariétal, et il y en avait douze ou quinze petites réparties, soit à la base du cerveau, soit à la scissure inter-hémisphérique.

Sur les avantages d'exécuter en deux séances les opérations d'uranoplastie et de staphylorrhaphie.

Note lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 25 juillet 1891,

Par le docteur Polaillon.

Les opérations d'uranoplastie et de staphylorrhaphie par le procédé de Baizeau sont, en réalité, fort pénibles pour l'opéré et pour l'opérateur.

Il faut, dans plusieurs temps successifs, aviver les bords de la perte de substance ou de la fissure congénitale, pratiquer les incisions latérales, décoller la muqueuse, mobiliser les lambeaux et enfin faire la suture. L'ouvre-bouche doit maintenir l'écartement des mâchoires pendant une durée qui dépasse ordinairement une heure et une heure et demie. L'incision et le décollement de la muqueuse entraîne un écoulement de sang souvent considérable et qui devient quelquefois une hémorrhagie difficile à arrêter. Le sang inonde la bouche et suffoque le patient. Il le déglutit ou l'expulse dans des quintes de toux. Les aides n'arrivent pas à éponger ce sang, afin de permettre au chirurgien de voir ce qu'il fait.

On diminue quelques-unes de ces difficultés en plaçant l'opéré dans le décubitus dorsal, la tête fortement renversée en arrière sur le rebord de la table, de manière à ce que le sang tombe du côté des fosses nasales

---

qu'une seule fois. Donc, je voudrais que les deux arrêts fussent au moins semblables, — non pas qu'on condamne celui qui a été absous, mais qu'on absolve celui qui a été condamné. Ce serait le cas d'aller en appel, mais je crois qu'il est trop tard.

Le plus condamné de tout cela, ce doit être le Codex. Dans sa plaidoirie pour notre confrère de province, M. Brouardel a dit que la revision du Codex était nécessaire. Nous espérons bien que l'incident récent lui rafraîchira la mémoire et qu'il emploiera sa légitime influence auprès des pouvoirs publics pour poursuivre cette revision.

***

Différentes choses m'ont encore frappé dans cette histoire. D'abord l'intelligence du pharmacien qui, trouvant la dose de phosphore trop élevée, l'a diminuée de son propre chef. Il a droit à toutes nos félicitations. Si porté qu'on soit, à première vue, à blâmer un pharmacien qui n'exécute pas ponctuellement les ordonnances du médecin, on ne peut savoir mauvais gré, dans le cas actuel, à celui qui a voulu corriger le Codex. Malheureusement. la correction n'a pas été suffisante, et le malade mourut.

Je dois relever encore un des inconvénients des dispensaires. Sans doute ils rendent de très grands services à la population pauvre, et on ne peut songer à économiser les éloges à ceux de nos confrères qui donnent ainsi des consultations gratuites. Mais le grand nombre de malades que cette gratuité attire fait que les consultations sont données trop rapidement, qu'on ne peut examiner les jeunes malades avec toute l'attention désirable, ni toujours s'enquérir avec la sollicitude nécessaire des effets produits par les

et évite la glotte. Mais c'est là une attitude d'exception, et qu'on ne saurait recommander, parce qu'elle congestionne tous les vaisseaux de la tête et augmente la perte sanguine.

Si l'on ajoute enfin à l'embarras causé par le sang la nécessité de chloroformiser les sujets, surtout quand ils sont jeunes et qu'ils se débattent contre le chirurgien, on conviendra que la restauration d'une voûte palatine et d'un voile du palais n'est pas une opération commode.

Je suis arrivé à éviter ces inconvénients très simplement en pratiquant l'uranoplastie et la staphylorraphie en deux séances.

Dans la première séance, on trace les deux incisions latérales et on décolle de chaque côté la muqueuse jusqu'à la perforation, en ayant soin de bien raser les os du palais. S'il y a hémorrhagie, on l'arrête par une compression plus ou moins prolongée, ou même par l'application d'une pince hémostatique. On borne donc à la confection des lambeaux en forme de pont l'acte chirurgical de la première séance, qui est très courte et peu fatigante pour le patient.

Le lendemain ou le surlendemain a lieu la seconde séance. On trouve ces lambeaux un peu tuméfiés et tendant à se rapprocher naturellement sur la ligne médiane. On avive alors les bords de la perte de substance. Et, comme le suintement sanguin est presque insignifiant, on pratique avec une grande facilité le temps si minutieux de la suture.

La division de l'opération en deux séances permet de faire l'anesthésie par la cocaïne. Et si l'on est obligé d'employer la chloroformisation chez des enfants ou chez des sujets timorés, celle-ci n'est plus compliquée par les suffocations dues à l'abondance de l'écoulement sanguin.

Je crois donc que cette manière de procéder réalise un progrès, et qu'elle assure le succès de l'uranoplastie et de la staphylorraphie, même dans les cas les plus difficiles.

J'ai eu plusieurs fois l'occasion d'appliquer mon procédé. J'en ai toujours obtenu un excellent résultat.

---

prescriptions antérieures. Si les parents sont négligents, et c'est ce qui me paraît avoir été ici le cas, s'ils ne font pas assez attention à leurs enfants, s'ils oublient de renseigner le médecin sur ce qui s'est passé d'une visite à l'autre, il arrive... ce qui vient précisément d'arriver; c'est-à-dire que le médecin, mal renseigné, fait fausse route et laisse aller le client *ad patres*. Ceci est un vice de l'institution des dispensaires; mais comment y remédier? Je n'en sais trop rien.

Il y a encore bien certaines beautés de style juridique sur lesquelles je voudrais attirer votre attention ; mais, les juges ayant été cette fois cléments pour un membre de notre profession, je serai moi-même clément pour eux.

J'en profiterai pour livrer un Allemand à la risée vengeresse de nos lecteurs. C'est au *Journal des Débats* que je dois ce document, dont je ne saurais trop remercier celui qui a bien voulu me l'envoyer. Il vaut son pesant d'or. Que dis-je, son pesant de billets de banque! Je vous le donne tel que je l'ai reçu.

UN MÉDECIN ALLEMAND 30 ans, ayant **un revenu annuel d'env. 4,000 fr. désire** entrer en correspondance avec une **jeune Parisienne. Fortune condition secondaire,** mais une **élégance irréprochable** et une **beauté remarquable** sont indispensables. **Discrétion absolue garantie.** Adresser photographie sous **R. J. 414, à Haasenstein et Vogler, A. G.**, Francfort-s.-M.

REVUE DES CLINIQUES

Traitement de la syphilis par les injections mercurielles, par le docteur A. Brousse (1). — Cette méthode de traitement de la syphilis comprend deux procédés bien distincts :

1° Injections de sels solubles : ces injections se pratiquent à petites doses fréquemment répétées;

2° Injections de sels insolubles : ici, les injections se font à doses massives, mais doivent être séparées par d'assez longs intervalles, de façon à permettre l'absorption complète du sel insoluble injecté.

Injection de sels solubles. — Dans ce procédé, les injections se font à petites doses et doivent être répétées tous les jours jusqu'à disparition des accidents spécifiques. Lewin, qui les a employées le premier sur une vaste échelle, se servait du sublimé d'après la formule :

Sublimé	0 gr. 50 centigr.
Chlorure de sodium	1 gramme.
Eau distillée	100 grammes.

Chaque centimètre cube contenait donc 0 gr. 05 de sublimé. Lewin en injectait 2 centimètres cubes.

Cette méthode lui donna des résultats favorables, la guérison des accidents était rapide, la durée du traitement réduite à vingt jours en moyenne. Malheureusement, les injections de sublimé sont très douloureuses. Ce sel, très avide d'albumine, expose à un certain nombre d'accidents locaux, indurations, abcès, et la stomatite est fréquente.

La méthode de Lewin était couramment employée en Allemagne, quand Liégeois l'introduisit à Lourcine, légèrement modifiée. Il injecte une dose moitié moindre et joint à la solution un peu de morphine, pour atténuer les douleurs. Martineau, dix ans plus tard, vulgarisa ce traitement. Il se servait de la peptone ammonimercurique d'après la formule suivante :

Peptone ammonimercurique	5 grammes.
Glycérine	5 —
Eau distillée	25 —

(1) Résumé d'après la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier.*

Eh bien, il ne se mouche pas du pied, le médecin allemand. Une Parisienne jeune, d'une élégance irréprochable et d'une beauté remarquable, tout cela pour 4,000 fr. par an. Mais qu'est-ce que tu veux qu'une Parisienne d'une élégance irréprochable fasse de tes 4,000 fr., ô jeune Teuton? Est-ce que tu veux en faire ta cuisinière, pour ce prix-là? Mais il n'y aurait seulement pas assez pour son blanchissage, à ta Parisienne élégante. Viens-voir plutôt. Va, adresse-toi à tes compatriotes, tu feras mieux.

Simplissime.

Mélange épilatoire. — Unna.

Sulfure de baryum		
Amidon pulv		10 grammes.
Oxyde de zinc pulv	ââ	10 —

Mêlez. — On délaye une certaine quantité de cette poudre dans la quantité d'eau nécessaire pour obtenir une pâte consistante, que l'on étale au moyen d'une spatule sur la région que l'on se propose d'épiler. Dès que la pâte est sèche, ce qui arrive au bout de 10 minutes environ, on l'enlève, et on trouve la peau sous-jacente absolument glabre. — Point d'irritation de la peau, si on a eu le soin de ne pas appliquer la pâte deux jours de suite sur la même surface. — N. G.

Chaque seringue de 1 centimètre cube équivaut à 0 gr. 01 de sublimé.

La durée du traitement était de trente jours en moyenne. Il fut appliqué à plus de 6,000 syphilitiques.

A côté de ces préparations, ayant pour base le sublimé, on a vanté, en Allemagne particulièrement, le bicyanure et le formiamide. Mais l'injection de tous ces sels est très douloureuse et peut entraîner des accidents locaux et de la stomatite; c'est ce qui nous a conduits à employer une substance nouvelle, le benzoate de mercure. Son usage a été vulgarisé par le docteur Balzer. Ce sel est blanc, cristallisé, insoluble dans l'eau froide, mais soluble dans l'eau faiblement salée; on l'emploie par la formule de Stoukowenkoff :

Benzoate de mercure.................	0 gr. 30 centigr.
Chlorure de sodium....................	0 gr. 10 —
Eau distillée..........................	40 grammes.

Pour rendre l'injection insensible, on peut ajouter :

Chlorhydrate de cocaïne...............	0 gr. 15 centigr.

Mais l'addition de cocaïne a l'inconvénient de décomposer le sel de mercure, et la préparation ne peut durer plus de dix ou quinze jours.

D'ailleurs, même sans cocaïne, le benzoate de mercure est peu douloureux. Il s'élimine rapidement par les urines. On n'a pas à craindre, avec lui, les infiltrats, les nécroses, la stomatite et la douleur très vive que provoque le bichlorure.

Dans cette formule de Stoukowenkoff, 1 centimètre cube de solution contient 0 gr. 075 de sel mercuriel. La dose adoptée par Balzer est de 0 gr. 01 par jour, ce qui équivaut à 1 centimètre cube et demi environ. Il faut donc injecter tous les jours le contenu d'une seringue et demie de Pravaz.

M. Balzer, d'après les résultats qu'il a obtenus, estime qu'il suffit de 15 à 30 injections pour faire disparaître la plupart des accidents secondaires. La durée du traitement ne dépasserait donc pas trente jours, en moyenne. Nous avons employé le benzoate chez un certain nombre de malades du service en faisant une injection de 1 centigr. par jour et n'avons eu qu'à nous louer de son emploi : d'abord, nous n'avons eu à enregistrer aucun accident, ni abcès, ni induration, douleur à peu près nulle; jamais de stomatite. Bien plus, à l'aide de cette méthode, nous avons pu continuer à mercurialiser sans inconvénients certains malades chez lesquels l'emploi des pilules ou des frictions mercurielles avait déterminé des accidents sérieux du côté de la bouche.

Quant aux effets thérapeutiques, ils ont été rapides : il a suffi, en moyenne, de 20 à 25 injections pour faire disparaître la plupart des accidents secondaires.

Les accidents qui survenaient, dans les premiers temps, à la suite des injections, tenaient en grande partie à une technique défectueuse. Voici comment on doit procéder : on se sert de la seringue de Pravaz ordinaire; la canule en acier peut suffire, à condition de la nettoyer avec soin, immédiatement après chaque injection, à l'eau chaude boriquée ou phéniquée. Sans ces précautions, le métal est attaqué et la pointe de la canule rapidement émoussée. Avec une canule en or ou en platine, on n'a pas ces inconvénients. Il est bon aussi de pratiquer l'injection avec toutes les règles de l'antisepsie; l'essentiel est que la seringue et la canule soient aseptiques.

Un point très important est relatif au lieu d'élection. L'injection doit être sous-dermique; on la pratiquera dans une région riche en tissu cellulo-adipeux; les premiers auteurs avaient beaucoup d'abcès, parce qu'ils injectaient un peu partout. Les lieux d'élection sont la région dorso-lombaire, le bord interne de l'omoplate (pour les Allemands), les fesses et plus particulièrement la fossette rétro-trochantérienne. Dans le service, nous les avons pratiquées dans la région dorso-lombaire. Quant à l'action irritante et toxique, elle est très peu marquée avec le benzoate; la douleur de la piqûre, la douleur du liquide, si vive avec le sublimé, sont insignifiantes même sans addition de cocaïne. La stomatite et les accidents locaux sont absolument exceptionnels.

En résumé, les avantages des injections des sels solubles sont les suivants : dosage exact du médicament; sûreté et rapidité d'absorption; il n'y a pas de fraude possible de la part des malades. Chez les prostituées, notamment, on a la certitude que le traitement est régulièrement suivi; action nocive moindre sur la bouche et le tube digestif.

Balzer employa aussi l'oxyde jaune et cette méthode fut appliquée surtout dans la marine par la formule :

Oxyde jaune...........................	1 gr. 50 centigr.
Huile de vaseline.....................	15 grammes.

dont on injecte une seringue de Pravaz tous les huit ou dix jours; mais l'action thérapeutique de cet agent est inférieure à celle du calomel; il a l'avantage de provoquer peu d'accidents locaux.

En 1886, Lang (de Vienne) montra que l'on peut, sans inconvénient, injecter directement, sous la peau, le mercure métallique incorporé à un corps gras. Il se servit de la formule suivante :

Mercure métallique........................	5 grammes.
Lanoline..................................	3 —
Huile d'olive.............................	4 —

Un centimètre cube de la préparation contenait 0 gr. 30 de mercure. Lang injectait chaque semaine 3/10e de centimètre cube, soit un peu moins de un tiers de seringue de Pravaz, ou 0 gr. 10 de mercure.

La douleur de l'injection était moins vive qu'avec le calomel et l'oxyde jaune; l'inconvénient de l'huile grise était sa consistance épaisse; il fallait même la chauffer au moment de l'injection. Neisser l'a remplacée par la formule suivante :

Mercure métallique........................	20 grammes.
Teinture de benjoin.......................	5 —
Huile de vaseline.........................	40 —

Cette préparation, adoptée aussi par Balzer, qui y fait ajouter un peu de vaseline pure pour la rendre plus stable, donne une huile grise facilement injectable. Balzer injectait, au début, 0 gr. 10 de mercure, il n'injecte plus maintenant que 0 gr. 07 ou même 0 gr. 05.

M. Vigier, pharmacien à Paris, a donné la formule :

Mercure purifié...........................	1 gr. 50 centigr.
Pommade mercurielle.......................	1 gramme.
Vaseline blanche molle....................	9 gr. 50 centigr.
Vaseline liquide..........................	20 —

Cette préparation ne contient que 40 p. 100 de mercure.

M. Gay, pharmacien en chef des hospices de Montpellier, a indiqué une autre préparation facile à exécuter, contenant 50 p. 100 de mercure :

Mercure purifié...........................	20 grammes.
Lanoline..................................	5 —
Vaseline liquide..........................	35 —

Un dixième de seringue de Pravaz équivaut à 0 gr. 05 de mercure métallique. C'est surtout dans la pratique des injections insolubles que la technique a une importance capitale pour éviter les accidents locaux. On choisira, comme lieu d'élection, la fesse et particulièrement la fossette rétro-trochantérienne. Le grand trochanter étant pris comme point de repère, on fera l'injection au point de rencontre de deux lignes : l'une horizontale, passant à deux travers de doigt au-dessus du grand trochanter; l'autre verticale, passant à quatre travers de doigt en arrière; on pourra la faire aussi sur le trajet de ces lignes en ayant toujours bien soin de ne pas trop se rapprocher de l'os.

Mais il faut signaler aussi un certain nombre d'inconvénients.

Nécessité de la répétition quotidienne des injections. Cette condition n'est pas réalisable en clientèle, les injections de benzoate constituant donc seulement une bonne méthode d'hôpital : douleurs plus ou moins vives au point piqué, infiltrats, abcès; inconvénients qui sont presque évités avec ce traitement.

Il résulte des considérations précédentes que les injections des sels solubles et en particulier de benzoate sont indiquées : quand il faut agir vite et sûrement; quand le mauvais état des dents ou des voies digestives ne permet pas d'avoir recours aux autres méthodes; chez les malades hospitalisées, elles me paraissent constituer la méthode

de choix quand on ne peut user des sels insolubles et quand il n'est pas possible de compter sur le traitement par ingestion.

En suivant les règles que je viens d'exposer, l'innocuité des injections est complète, les manifestations secondaires de la syphilis disparaissent rapidement, mais on ne met pas le malade à l'abri des accidents à venir. C'est pourquoi, la guérison des syphilides une fois obtenue, il serait bon de prolonger le traitement encore quelque temps par l'administration des pilules. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES DES DÉPARTEMENTS

Société médicale du Nord (Année 1890).

Les communications faites à la Société ont été nombreuses et intéressantes. Nous ne pouvons que mentionner brièvement les plus importantes d'entre elles, la place nous étant mesurée.

M. Brulant a rapporté une observation, très curieuse par sa rareté, de *calculs multiples du canal de Sténon* chez un jeune homme de 15 ans.

M. Quint a aussi présenté à la Société un calcul du canal de Sténon qui avait 8 millimètres de long sur 4 millimètres de large.

— M. Curties a inséré dans le Bulletin un travail important sur la *sclérose latérale amyotrophique*, dont il distingue une forme aberrante, caractérisée par des lésions distinctes dans les différents segments de la moelle, entraînant dans les membres inférieurs des troubles de la motilité sans atrophie et, au contraire, une atrophie comme symptôme dominant dans les membres supérieurs.

— M. Gaudier a fourni l'observation curieuse d'un *séquestre central du maxillaire supérieur*, résultat éloigné d'une ostéo-périostite produite par une carie dentaire. L'avulsion d'une grosse molaire cariée avait produit une fracture qui ne s'était pas consolidée. M. Dubar fit l'extraction du séquestre à la suite d'une large trépanation de la table externe du maxillaire.

— M. Vanhersecke a présenté un *cœur de diabétique*, remarquable par l'existence d'un œdème considérable du tissu cellulaire en avant et en arrière de l'organe.

— M. Legrand a montré une portion de *kyste à grains riziformes* enlevée par M. Phocas. Ce kyste était remarquable par l'épaisseur de ses parois, par le cloisonnement de sa cavité, par son siège sur la face postérieure du poignet.

— M. Lemoine a fait une communication pleine d'intérêt sur la *toxicité de l'acide borique*. Il a recueilli trois observations d'empoisonnement assez sérieux par ce médicament. L'empoisonnement était caractérisé par des éruptions rubéoliques confluentes et par de l'urticaire sur certaines parties du corps, accompagnées de vomissements et d'état nauséeux permanent, de céphalalgie intense et de délire. M. Lemoine pense que ces accidents sont dus à un défaut d'élimination de l'acide borique par les urines et que, par conséquent, il y a lieu de les redouter chez les malades atteints de lésions rénales.

— Sur un cardiaque grave, avec stase du côté des reins et du foie, M. Lemoine a observé, après un traitement à l'*iodure de potassium*, un prurit intense, avec *éruptions multiples*, commençant par les membres inférieurs. L'éruption était d'un rouge vif de sang, avec arborisation sur les membres et sur le corps. C'était une éruption iodique qui disparut complètement après la cessation du traitement. Après un repos de huit jours, M. Lemoine redonna de l'iodure; trois heures après commença le prurit; une heure après l'éruption et huit heures plus tard, tout le corps était pris.

M. Fournier a rapporté trois cas de purpura iodiqne, mais moins accentués, sans confluence et ne dépassant pas le membre inférieur. La confluence, chez le malade de M. Lemoine, est expliquée par le mauvais état général.

— M. Surmont a présenté une jeune fille de 19 ans, atteinte d'*acromégalie*. La malade offrait tous les caractères habituels de l'affection. Chez elle, le début précoce de la maladie expliquait sa haute stature et la cécité rapide survenue en huit mois par double névrite optique.

— M. Looten a montré des *fausses membranes très étendues tubulées* rendues par une petite fille de 7 ans, atteinte de croup d'emblée. Des accidents menaçants d'asphyxie rendirent la trachéotomie nécessaire. M. Dubar l'exécuta par le procédé en un seul temps, et elle fut suivie de guérison. M. Looten a insisté sur le peu de fièvre et de phénomènes généraux qu'a présenté la malade, sur l'absence d'albumine dans les urines et sur la quantité considerable de fausses membranes rejetées par la canule.

— M. Combemale a fait plusieurs communications. Dans un cas d'*endocardite végétante de la valvule auriculo-ventriculaire droite*, il a trouvé, dans les végétations, des micro-organismes tout à fait particuliers et différents de ceux rencontrés jusqu'à ce jour dans les endocardites infectieuses.

A propos d'une *observation de tænia inerme*, M. Combemale a insisté sur ce fait que les tænias inermes sont particulièrement tenaces et rebelles à l'action des anthelminthiques. Il recommande, pour amener l'expulsion de ces parasites, l'administration du calomel et de la fougère mâle.

M. Combemale a donné l'*huile d'olive* à plusieurs reprises et pendant plusieurs jours, à la dose de 200 et de 100 grammes par jour, à un malade atteint de *lithiase biliaire*. Les accès de colique cédèrent et des calculs furent expulsés.

MM. Combemale et François ont étudié la valeur thérapeutique de l'*exalgine*. Ils sont arrivés à conclure que ce médicament a, comme indication spéciale, la douleur; que son administration est habituellement suivie de sueurs, qu'il est, dans certain cas, préférable à l'antipyrine.

Avec M. Surmont, M. Combemale a reconnu que, dans la *colique saturnine*, il y a exagération de l'élimination de l'acide urique et de la créatinine.

— M. Noquet a étudié très complètement les *rhinolithes*. Il a insisté sur l'odeur particulière, *sui generis*, présentée par le calcul, odeur comparable à celle de la rhinite atrophique, et sur les accès douloureux, douleurs sourdes ou crises névralgiques que provoque la présence du corps étranger.

— M. Phocas a fait une communication sur l'*amputation de la jambe au lieu d'élection, par lambeau externe, pour lésion tuberculeuse des os du tarse*. Il défend la méthode à lambeau externe de Sédillot, et déclare que, faite suivant les règles posées par Farabeuf, elle donne d'excellents résultats.

M. Phocas a étudié une variété d'*ostéomyélite traumatique à foyers multiples*. Pour lui, il existe une forme d'ostéomyélite chronique traumatique et subaiguë accompagnée de foyers secondaires. Ces foyers sont franchement chroniques et atténués dans leur évolution, les foyers primitifs sont tenaces et difficiles à guérir.

— Entre autres présentations faites par M. Dubar, il faut noter celle d'un *carcinome muqueux* de la grosseur des deux poings développé dans le canal inguinal du côté droit, chez une femme de 29 ans.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 novembre 1891. — Présidence de M. Tarnier.

M. le Président fait part de la mort de M. Henri Roger, ancien président de l'Académie, et lève la séance en signe de deuil.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction
Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**
Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**
Membres du Comité :
LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôtel-Dieu. — M. le professeur Panas.

La maturité de la cataracte et les cataractes supramûres.

Messieurs,

Les vieilles cataractes n'étaient pas opérées couramment par les oculistes du siècle dernier. Ces cataractes dites supramûres offrent, en effet, des indications spéciales qui n'ont été bien établies que récemment.

Tous les jours, vous entendez parler de la maturité et de la non-maturité d'une cataracte. Que faut-il entendre par ces termes? Cette question a préoccupé les ophthalmologistes dès le XVIIIe siècle. A ce moment, l'école française, dont les découvertes ont été nombreuses, a tâché de préciser les conditions de l'intervention opératoire qui a consisté jusqu'à Daviel dans l'abaissement du cristallin cataracté. Or, dans les cataractes trop mûres, tandis que les uns échouaient, les autres réussissaient plus ou moins complètement. Il y avait donc des chirurgiens qui opéraient ces cataractes, tandis que d'autres ne l'osaient pas, mais tous étaient d'accord pour dire qu'il ne fallait pas trop laisser mûrir le cristallin cataracté.

La situation resta la même, lorsque l'extraction, découverte par Daviel, entra dans la pratique. On gardait les cataractes mûres pour soi et on envoyait les autres ailleurs.

Or, on disait qu'une cataracte était mûre quand on pensait que toutes les couches cristalliniennes étaient opaques. Les chirurgiens reconnaissaient cet état du cristallin par l'observation de l'ombre que le bord de l'iris projette sur la lentille. Il faut, du reste, se garder de prendre pour cette ombre le liséré noir pigmentaire qui borde le bord pupillaire; ce liséré est régulier, fixe et conserve la même forme, de quelque côté qu'on le regarde, tandis qu'il n'en est pas de même pour l'ombre de l'iris.

Nos maîtres savaient que, dans la cataracte dure ou siliceuse, il y a une ombre, tandis qu'elle manque dans la cataracte molle. Ils expliquaient cette particularité en disant que, dans la scléreuse, le cristallin diminuait de volume, et qu'il se formait un espace vide entre lui et l'iris; au contraire, pour eux, dans les cataractes volumineuses et molles, le cristallin gonflé repoussait l'iris, il ne pouvait se former d'ombre, et l'on voyait le liséré pigmentaire qui borde la pupille. Quand l'ombre était plus ou moins prononcée, on avait des degrés intermédiaires : cataractes demi-molles, demi-dures. Ils savaient aussi que, dans les cataractes dures, la couleur de la lentille est plus ou moins grise, tandis que la pupille devient blanche laiteuse dans les molles. Enfin, à cette époque où il n'y avait pas encore

l'ophthalmoscope, où l'on ne connaissait pas l'éclairage latéral, nos maîtres s'appuyaient encore, pour le diagnostic, sur l'étude des images de Purkinje ; la deuxième image droite due à la face antérieure du cristallin manque, en effet, quand la cataracte est corticale.

Toutes ces recherches avaient une grande importance, car, autant il est facile d'abaisser ou d'extraire une cataracte dure, autant ces mêmes opérations sont difficiles pour une cataracte molle. Pour cette dernière, ils réservaient la discision ou le broiement.

Nos anciens avaient des idées erronées sur le volume des cataractes. Actuellement, on sait que, normalement, la lentille touche le bord de la pupille; en conséquence, dans toutes les cataractes, sauf s'il y a dessèchement, l'iris s'applique sur le cristallin; au centre, il n'y a pas de chambre postérieure. Cet espace qu'ils croyaient exister dans les cataractes dures était simulé par les couches cristalliniennes restées transparentes. Le signe de l'ombre indique donc qu'il y a encore des couches transparentes à la surface du cristallin; son absence indique qu'il n'en reste plus.

Dans le premier cas, il y a immaturité de la cataracte, car il faut, pour qu'elle soit mûre, que toutes les couches soient opaques jusqu'à la cristalloïde antérieure.

En résumé, l'immaturité de la cataracte consiste dans la non-opacification de toutes les couches cristalliniennes, surtout les corticales. A mesure que le travail pathologique progresse, les couches d'abord épargnées se prennent.

Le processus de l'opacification diffère dans les cataractes dures et les cataractes molles.

Celui des cataractes dures n'est que l'exagération d'un état physiologique. Tout le monde sait, en effet, qu'avec l'âge, il se forme un noyau dans le cristallin. Chez l'animal jeune, le contenu de la cristalloïde est une sorte de gelée; dans l'âge avancé, les fibres se ratatinent, se tassent, se dessèchent, et on a une espèce de tissu éburné. Les couches centrales, qui sont les plus anciennes, subissent les premières cette transformation. Les superficielles, comme vous devez vous le rappeler, conservent leur mollesse jusqu'à une époque avancée de la vie, 70 et 80 ans.

Si, au lieu de se faire très tard, la transformation sénile des fibres cristalliniennes a lieu de bonne heure, il se produit toujours une cataracte sénile. Le noyau est brun, quelquefois noir comme du charbon.

Quand le noyau est noir, le diagnostic de la cataracte peut devenir fort difficile, car il n'y a pas de changement de couleur de la pupille, à peine un petit reflet grisâtre qui peut manquer. Comme l'éclairage oblique et l'ophthalmoscope n'étaient pas employés, on croyait à une amblyopie ou à une amaurose.

Le plus généralement, autour du noyau sclérosé, les couches péri-nucléaires s'altèrent et deviennent grisâtres, blanchâtres, couleur gris fer; c'est le type de la cataracte sénile.

Dans les cas plus avancés, le travail pathologique se poursuit dans les couches sous-corticales et arrive jusqu'à la capsule, qui, elle, garde sa transparence. La grande majorité des cataractes, en effet, n'est pas capsulaire; les cataractes capsulaires sont beaucoup plus rares. C'est Malgaigne qui, le premier, émit cette opinion, et, actuellement, on sait que, si l'opacification de la capsule est possible, elle est au moins peu fréquente.

La cristalloïde est une membrane anhiste, vitreuse, cuticulaire; elle

résiste à l'ébullition, à l'action des acides sulfurique et nitrique. Il faut la faire bouillir dans une solution de potasse pour la dissocier. Elle ne prend part à la cataracte que par une couche d'épithélium qui revêt la face postérieure de la cristalloïde antérieure; cette couche finit par être atteinte dans certaines circonstances, mais, même dans ces cas, la cristalloïde elle-même reste transparente.

En fait, la capsule ne joue qu'un rôle accessoire dans la formation de la cataracte, sauf quand il s'agit de cataractes arides, desséchées.

Au point de vue opératoire, la maturité commence quand le travail cataractal a atteint toutes les couches. L'opération est alors plus facile qu'à aucun autre moment. En effet, dans l'opération de la cataracte par l'extraction, on enlève tout le cristallin et on laisse la capsule, en grande partie au moins. La perfection opératoire consiste à extraire tout ce qui est cristallin et à laisser en place la capsule. Si on laisse des couches sous-capsulaires, il y aura forcément une cataracte secondaire; au moment de l'opération, la pupille semble noire, mais, après quelques jours, elle devient absolument blanche. L'opération est donc bonne quand on enlève tout ce qui n'est pas la capsule, mauvaise dans le cas contraire. Or, nous sommes impuissants à faire l'extraction complète du cristallin quand la cataracte n'est pas mûre. En effet, les fibres naissent des cellules épithéliales de la cristalloïde antérieure. Quand on intervient trop tôt, les fibres sont encore adhérentes à leurs cellules épithéliales, on ne peut les enlever complètement et il en reste des fragments adhérents.

La cataracte est donc mûre, au point de vue opératoire, lorsque la continuité entre les fibres et les cellules épithéliales a été pathologiquement détruite.

Quand on attend plus longtemps, les conditions pour opérer deviennent moins bonnes. Voici alors ce qui se produit : les couches périphériques se liquéfient et forment un liquide qui ressemble à du lait, à de l'orgeat. S'il n'y a pas de noyau, tout se ramollit et le cristallin devient une poche kystique. S'il y a un noyau, il flotte dans le liquide et va en arrière et en bas. Dans ces conditions, lorsque le malade est debout, sa pupille est blanche et elle devient grise lorsqu'il se couche.

Quand la cataracte est liquide entièrement, c'est une cataracte *bursale*; quand il persiste un noyau flottant, on dit que l'on a affaire à une cataracte *morgagnienne* ; Morgagni avait d'ailleurs fait une erreur anatomique, car il croyait qu'il y avait entre les fibres du cristallin et la capsule un liquide qui augmentait pathologiquement.

Le liquide peut être transparent, il peut même devenir limpide comme de l'eau, et j'ai vu deux cas de cette variété rare. On voit alors le noyau jaune noyé dans le liquide cristallinien comme le fœtus dans les eaux de l'amnios. Souvent, alors, on méconnaît la cataracte et l'on croit à une luxation de la lentille. Du reste les opérations, dans ces cas, donnent de bons résultats, car rien n'adhère à la cristalloïde.

Plus tard, la cataracte se dessèche. Tout liquide disparaît, et, s'il n'y avait pas de noyau, il ne reste plus que les deux cristalloïdes. C'est la cataracte *siliqueuse*, *aride-siliqueuse*. S'il y avait un noyau, les deux cristalloïdes s'appliquent contre lui, se chiffonnent, se ratatinent et diminuent dans tous les sens.

A cette période peuvent survenir des complications. Sous l'influence du gonflement cristallinien, il a pu se former des adhérences avec l'iris. Ces synéchies sont redoutables pour l'œil. En effet, au moment où la cristal-

loïde diminue de volume, elle tire sur les adhérences. L'épithélium de la capsule subit aussi des altérations, il prolifère et forme des sortes d'excroissances verruqueuses.

Après l'extraction, chez les hommes peu avancés en âge, chez les jeunes animaux, il peut se former des amas de cellules épithéliales plus ou moins transparentes qui remplissent la capsule, et l'on a cru, à tort, à une régénération du cristallin.

Chez les vieillards, il se forme des masses irrégulière, et, comme il persiste toujours des débris cristalliniens, on a une cataracte complexe avec un petit noyau, et bientôt apparaissent des phénomènes de nécrobiose. Il se produit des gouttelettes de graisse, des cristaux de cholestérine et d'acides gras, et, plus tard, des dépôts de carbonate ou de phosphate de chaux. La cataracte est jaune, s'il y a prédominance des éléments graisseux; blanche, s'il y a prédominance de sels calcaires.

Ces cataractes ainsi modifiées sont difficiles à opérer, car elles s'accompagnent d'iritis, d'altération du fond de l'œil, de chorio-rétinites; les malades deviennent des amaurotiques.

A mesure que le travail de rétraction de la capsule se produit, la circonférence, qui est le lieu d'insertion de la zonule de Zinn, tire sur cette dernière, et, par conséquent, sur les procès ciliaires. La zonule finit par se rompre, et alors, dès le premier coup de couteau donné dans l'œil, on s'expose à la perte du corps vitré. Dans ces cas, en effet, le cristallin est souvent luxé et flotte dans l'humeur aqueuse et le corps vitré, ce sont les *cataractes natatiles*.

Si l'on veut opérer des cataractes de ce genre, il faut d'abord s'assurer de l'état de l'acuité visuelle, puis recourir, si l'on se décide à intervenir, à un mode opératoire spécial. S'il y a des adhérences de l'iris, on doit procéder à l'iridectomie, qui, comme vous le voyez, ne doit pas disparaître de certaines opérations à diriger contre la cataracte. S'il y a des adhérences totales, on fera d'abord une iridectomie préliminaire supérieure. Puis, après quelque temps, on cherchera à savoir si ce qui reste des adhérences est facile à rompre. Lorsque cette condition favorable se rencontre, on pourra utiliser le procédé ordinaire; dans le cas contraire, on fera une deuxième iridectomie diamétrale qui achèvera de fendre l'iris sur la ligne médiane, l'extraction sera alors facile.

Lors de cataractes peu adhérentes et flottantes, on se bornera à une toute petite iridectomie afin de ne pas faciliter l'issue du corps vitré. Je fais d'abord, quand je prévois des difficultés, anesthésier complètement le malade, car alors la cocaïne ne suffit pas. Dans les cataractes adhérentes, la capsule n'a plus ses propriétés physiologiques, elle ne se coupe que difficilement et le plus souvent elle est opaque. Donc la discision à l'aiguille est un mauvais procédé; il faut beaucoup de force pour déchirer et la zonule se rompt alors facilement. On pourrait se servir d'une pince capsulaire qui va chercher la cristalloïde; mais celle-ci résiste, la zonule se déchire et tout l'appareil cristallinien arrive. Les partisans de la pince reconnaissent ses inconvénients et ne l'emploient pas.

Je conseille la conduite suivante : Le malade, bien endormi et l'iridectomie faite, j'enfonce la cuiller de de Graefe, d'emblée, à travers la zonule de Zinn pour aller derrière le cristallin; j'applique la lentille contre la cornée et j'entraîne au dehors tout le système cristallinien; c'est à peine s'il s'échappe quelques gouttes du corps vitré, et souvent il ne s'en perd pas.

C'est qu'en effet, dans les yeux dont il s'agit, il y a tendance au vide, de telle sorte qu'après extraction vous voyez souvent la cornée se plisser. Mais, quand vous défaites le pansement, la chambre antérieure s'est reformée et il suffit que le fond de l'œil soit sain pour que l'on obtienne une acuité visuelle excellente. Naturellement, l'opération devra être faite avec toutes les précautions antiseptiques d'usage.

J'ai opéré une vieille dame qui était myope et avait un de ses yeux cataracté depuis quinze ou vingt ans; l'autre œil se prenant, il fallut intervenir. L'avulsion du système cristallinien fut suivie d'une guérison sans accidents, et l'acuité visuelle fut excellente, si bonne même que la malade put ultérieurement présenter de la diplopie à la suite d'une paralysie du muscle grand oblique du côté opposé.

En résumé, Messieurs, lorsque vous vous trouverez en présence de malades atteint de cataractes trop mûres, de cataractes branlantes ou luxées, chloroformez le malade, puis faites l'iridectomie et l'extraction totale.

Grâce à cette intervention hardie, vous réussirez mieux qu'avec toute autre méthode.

REVUE DES CLINIQUES

Traitement de la syphilis par les injections mercurielles, par le docteur A. BROUSSE (1).

II. *Injections de sels insolubles ou injections mercurielles massives.* — Cette méthode consiste à introduire sous la peau une provision de sel mercuriel insoluble, qui est peu à peu transformée en un composé soluble et absorbée ainsi progressivement. Scarenzio eut le premier cette idée et employait le calomel qui, pour lui, sous l'influence des chlorures alcalins de l'organisme, devait se transformer lentement en sublimé. On a successivement employé, d'après ce principe, l'oxyde jaune, le salicylate et le thymate, enfin le mercure métallique.

Scarenzio obtint des succès thérapeutiques en injectant à deux reprises 40 centig. de calomel incorporés dans de la glycérine; mais il eut aussi des accidents, abcès ou stomatite.

La méthode fut rendue pratique en 1883 par Smirnoff, qui a employé la solution suivante :

Calomel....................................	1 gramme.
Glycérine..................................	10 grammes.

Il a injecté 1 centim. cube, soit 0 gr. 10 de calomel au niveau de la fossette rétro-trochantérienne. Neisser, qui a vulgarisé cette méthode en Allemagne, remplaçait la glycérine par l'huile d'olive. Un peu plus tard, Watroszenski employa l'oxyde jaune par la formule :

Oxyde jaune..............................	1 gramme.
Eau gommée..............................	30 grammes.

Chaque seringue de 1 centim. cube contient environ 0 gr. 04 de sel; 3 à 5 injections suffisent pour obtenir la disparition des accidents secondaires.

En 1886, M. Balzer introduit la méthode de Scarenzio en France. Il employa d'abord la formule :

Calomel..............................	1 gr. 50 centig.
Huile de vaseline....................	15 grammes.

Il injectait une seringue de Pravaz, c'est-à-dire 0 gr. 10 de sel tous les dix ou quinze

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro,

jours et ne dépassait pas 0 gr. 40; 3 ou 4 injections suffisaient donc au traitement. Il observa un certain nombre d'abcès et assez souvent de la stomatite.

On se sert de la seringue de Pravaz ordinaire et d'aiguilles assez longues pour pénétrer profondément en plein muscle. Cette méthode est préférable à celle de Lang, qui pousse l'injection sous la peau. La partie ayant été préalablement lavée à l'alcool et au sublimé, on fera l'injection en suivant rigoureusement les règles établies par Balzer: s'assurer de la perméabilité de la canule qui doit être introduite séparée de la seringue, l'enfoncer d'un coup brusque et perpendiculairement dans la partie superficielle du muscle; attendre un instant, afin d'être bien certain que la pointe de la canule n'a pas pénétré dans un vaisseau; dans ce dernier cas, du sang coulerait à l'extérieur par l'orifice de la canule; grâce à cette précaution, on n'aura pas à craindre d'embolie; ajuster ensuite la seringue et pousser lentement l'injection, puis retirer la canule lentement, en fixant la peau sur l'aiguille et recouvrir le point piqué d'une rondelle de Vigo ou de diachylon.

La dose de sel insoluble ou d'huile grise doit être assez faible pour ne pas irriter les tissus; d'autre part, les injections doivent être séparées par des intervalles assez longs pour permettre au sel insoluble de subir entièrement sa transformation et d'être absorbé.

Scarenzio pensait que le calomel se transformait en bichlorure. Merget a démontré qu'en réalité il était absorbé à l'état de mercure réduit, ce qui constitue une indication très nette en faveur de l'huile grise.

Nous avons adopté la dose de 0 gr. 07 à 0 gr. 05 de mercure à injecter à la fois. Nous injections le 1/10e du contenu de la seringue de Pravaz remplie d'huile grise.

Quant aux intervalles qui doivent séparer les injections, Balzer a proposé les règles suivantes: les deux premières doivent être séparées par un intervalle de dix jours; la troisième est faite quinze jours après, et on espace de plus en plus les injections quand leur nombre augmente; c'est un principe admis par M. le professeur Fournier.

On fait habituellement quatre ou cinq piqûres, ce qui équivaut à 0 gr. 20 ou 0 gr. 25 de mercure ou de sel insoluble; dans les syphilis plus intenses, on ne dépasse guère 0 gr. 40.

Que se passe-t-il dans les tissus sous l'influence de l'injection? Ainsi que l'a montré Balzer, les injections massives sont pyogènes; elles provoquent presque toujours la formation d'un abcès dont le pus est tantôt jaunâtre, crémeux, tantôt hématico-purulent, selon que les malades ont gardé le repos ou se sont livrés à un exercice plus ou moins exagéré

Ces abcès sont rarement nécrosiques, ils se résorbent ultérieurement sans lésion destructive. Quant au composé insoluble injecté, sa transformation est d'abord rapide, puis se ralentit. Avec l'huile grise, d'après Merget, l'absorption aurait lieu directement, sans production d'un composé intermédiaire.

Dans certains cas, surtout quand la dose est forte, il peut se produire des altérations des tissus voisins, et même des thromboses et des oblitérations vasculaires, le sang se coagulant dans les vaisseaux au contact du corps étranger. L'absorption peut alors être arrêtée ou ralentie par l'oblitération des vaisseaux.

Cliniquement, ces accidents locaux se manifestent par une douleur plus ou moins vive; habituellement peu marquée après la piqûre, elle s'accuse surtout le lendemain ou le surlendemain. Il se forme en même temps une induration profonde qui peut se ramollir et aboutir à un abcès extérieur. Celui-ci s'ouvre spontanément ou doit être incisé. L'huile grise a diminué la fréquence de ces accidents. Pour éviter la production d'abcès, on a conseillé de faire coucher le malade immédiatement après l'injection, mais ce n'est pas indispensable; il suffit qu'il ne se fatigue pas.

Le mercure ainsi administré sous forme insoluble est très rapidement absorbé. Beausse l'a trouvé dans les urines deux heures après l'injection. Le maximum d'élimination par cette voie a lieu le troisième ou quatrième jour. En frictions, on n'a ce résultat qu'au bout de vingt à vingt-cinq jours.

L'action toxique est de même ordre que celle observée avec les autres préparations: elle se manifeste par des troubles digestifs, et surtout par la stomatite. On a cité des

cas de mort survenus à la suite d'injection d'huile grise par stomatite gangréneuse. Mais, dans ces cas, il s'agissait ou de trop fortes doses, ou de malades cachectiques ou albuminuriques. L'albuminurie doit donc être considérée comme une contre-indication absolue à l'usage des injections massives.

Les injections insolubles constituent un moyen de mercurialisation d'une grande puissance. Deux, et au plus trois ou quatre injections suffisent pour faire disparaître une syphilis de moyenne intensité; dans les syphilis graves, il en faut un plus grand nombre. En outre, d'après Briend, elles retarderaient l'apparition des récidives. Mais, au point de vue de l'action générale sur la diathèse, elles ne peuvent pas être regardées comme une méthode supérieure aux autres.

Nous avons expérimenté l'huile grise, et toujours elle nous a donné des résultats satisfaisants. Nous employions la formule de Neisser; chaque injection correspondait à 7 centigrammes de mercure. Dans un seul cas, la salivation nous a fait suspendre le traitement, mais nous n'avons jamais eu d'abcès. La difficulté étant d'obtenir une bonne huile grise, nous avons repris les injections avec la formule de M. Gay. Nous avons injecté chaque fois deux divisions de la seringue de Pravaz, équivalant à 5 centigr. de mercure métallique. Les accidents ont disparu après la seconde ou la troisième injection. Nous n'avons ainsi obtenu ni stomatite ni abcès; l'induration, qui se produit seulement au niveau du point piqué, a disparu toujours au bout de quelques jours.

Les avantages des injections massives sont de deux ordres :

1° Avantages de pratique : 1. Exclusion de toute supercherie. — 2. Simplicité, commodité et bon marché du traitement. — 3. Rareté de l'intervention, grâce au petit nombre des injections et aux longs intervalles qui les séparent; enfin, la suppression de tout intermédiaire entre le malade et le médecin; en fait, une méthode absolument secrète pouvant être très avantageuse dans la clientèle privée.

2° Avantages médicaux : 1. Absorption sûre, rapide et action énergique. — 2. Le plus souvent, absence d'action nocive sur les voies digestives ou la peau.

Les injections massives donnent lieu à divers accidents dont les nouvelles méthodes ont bien diminué l'importance.

Les douleurs sont légères et très supportables avec les injections intra-musculaires. Les indurations sont constantes, mais en somme peu gênantes, et se résorbent d'ailleurs ultérieurement.

Les abcès étaient la règle au début de la méthode de Scarenzio. Aujourd'hui, grâce à l'emploi de doses moindres et des préparations d'oxyde jaune et d'huile grise, ils constituent l'exception. L'induration n'aboutit pas en général à la suppuration.

La stomatite peut devenir très intense, mais elle est exceptionnelle, si l'on tient compte des contre-indications de la méthode.

Les contre-indications sont celles de toute médication mercurielle énergique. Toute cause diminuant ou supprimant la perméabilité du filtre rénal sera une contre-indication absolue. Nous avons vu combien rapide est l'absorption du mercure administré en injections insolubles. Les accidents d'intoxication ne seront évités que si les voies d'élimination sont libres. C'est pourquoi la grossesse, l'albuminurie, les états cachectiques, sont des contre-indications à l'emploi de la méthode. Il en est de même de la carie dentaire étendue, de la gingivite chronique, avec lesquelles la stomatite est à craindre.

La méthode des injections massives ne saurait constituer le traitement unique de la syphilis. Elle comporte ses indications spéciales, et me paraît s'adresser de préférence aux cas suivants :

Quand on veut faire disparaître rapidement et sûrement les manifestations syphilitiques et qu'on se trouve en présence d'un sujet vigoureux. Quand on a affaire à des malades capables de se soutraire au traitement, comme les prostituées, les soldats, les marins.

Cette méthode, de même que celle des injections solubles, est une méthode d'hôpital; mais elle peut aussi s'appliquer à la clientèle civile, comme nous l'avons dit. Elle permet enfin de traiter les malades qui ne peuvent être hospitalisés, dans les consultations externes.

Quelle est, des trois préparations, calomel, oxyde jaune, huile grise, celle qu'il faut choisir? S'il est vrai, comme le dit Merget, que les sels insolubles soient absorbés à l'état de mercure réduit, il faudrait, *a priori*, préférer l'huile grise. En outre, l'expérience a démontré, qu'avec une valeur thérapeutique au moins égale, l'huile grise ne détermine presque jamais d'accidents locaux; que la faible douleur produite par l'injection la fait réclamer de certaines malades. La formule donnée par M. Gay ayant fait disparaître la difficulté de sa préparation, c'est donc à l'huile grise qu'il faut, à notre avis, donner la préférence.

Comme conclusion pratique à cette étude, nous résumerons de la facon suivante les indications comparées des injections insolubles et des injections solubles :

Toutes les fois qu'il sera indiqué d'administrer le mercure en injections, les injections insolubles constitueront la méthode de choix.

Les injections solubles ne seront de mise que lorsqu'il y aura contre-indication à l'emploi des injections massives, soit à cause de l'état général du sujet, soit à cause du mauvais état de la dentition.

La fièvre et la constipation chez les opérés, par M. Périer (1). — Toutes les fois que, chez un opéré, apparaît un mouvement fébrile, que surviennent du malaise, de l'anorexie, de la céphalée, des frissons, une élévation de température, il est difficile au chirurgien de se défendre d'une véritable angoisse. Ceux-là surtout qui ont connu comme moi les accidents de la chirurgie pré-antiseptique retrouvent un instant leurs émotions d'autrefois. Aujourd'hui, les suites opératoires sont simples, régulières, évoluent sans fièvre et presque toujours, à moins qu'il ne s'agisse de régions préalablement infectées, sans suppuration. Aussi, à l'apparition de la fièvre, notre première idée est-elle celle d'une faute commise contre l'asepsie, au cours de l'opération ou des pansements ultérieurs; nous redoutons de suite une infection pouvant entraîner des complications graves. Sans doute, notre antisepsie ne se trouve jamais tellement en défaut que nous puissions revoir les terribles accidents de jadis, septicémie, infection purulente, pourriture d'hôpital. L'érysipèle lui-même est un accident rare. Mais nos interventions actuelles, basées sur une asepsie complète, sont bien souvent faites dans des conditions et sur des régions où la plus petite formation de pus devient affreusement redoutable. Quand, après une ovariotomie, une laparotomie, une cure radicale de hernie, une arthrotomie, l'on voit survenir une température de 38°5 à 39°, il est permis, en songeant aux terribles conséquences qu'aurait la moindre suppuration, d'avoir une inquiétude extrême. Fort heureusement, cette inquiétude est le plus souvent mal justifiée. Examinez les courbes thermométriques de ceux et celles de nos opérés chez qui les suites opératoires sont restées entièrement satisfaisantes, sans le moindre incident local ou général. Chez plusieurs, vous verrez, malgré cette absence de toute complication, une élévation thermique. La température, au bout de deux jours, quatre jours, huit jours, monte à 38, 39, 40 degrés même. Le lendemain soir, elle est retombée à 37 degrés et reste normale jusqu'à la fin. Pour faire cesser cette fièvre inquiétante, il nous a suffi, sans toucher au pansement, sans donner de médicaments antithermiques, de prescrire un laxatif léger. La constipation est une cause bien banale, mais bien fréquente, de fièvre chez les opérés. Il faut que vous connaissiez cette cause pour vous épargner, plus tard, bien des angoisses, pour éviter, dès le premier mouvement de fièvre, de défaire un pansement, d'enlever des sutures, alors qu'un simple purgatif suffit.

Cette cause est depuis bien longtemps connue. A l'époque où j'étais l'interne de Chassaignac, la thermométrie clinique manquait encore et le grand moyen de surprendre le premier mouvement de fièvre chez un opéré était le frisson. « Avez-vous eu des frissons? » Telle était la question que nous posions soir et matin. Bien souvent, l'opéré répondait oui. Mais Chassaignac ne s'alarmait pas d'emblée. « Un frisson, nous disait-il, peut dépendre de trois choses : érysipèle, infection purulente, constipation. » Il mettait, vous le voyez, comme cause de fièvre, la constipation au même rang que les affections les plus redoutables, et ce n'est que lorsque les frissons persistaient, un purgatif ayant été

(1) Résumé d'après la *Gazette des hôpitaux.*

donné, qu'il commençait à s'inquiéter sérieusement. Je ne crois pas exagérer en disant qu'à cette époque, la constipation était l'unique cause du mouvement fébrile chez un tiers des opérés. Aujourd'hui, où les complications infectieuses sont si rares, c'est au moins neuf fois sur dix qu'elle doit être invoquée.

La constipation est, en effet, très fréquente après les opérations, comme d'ailleurs après les traumatismes. Le séjour au lit, une crainte vague qui fait redouter le moindre mouvement expliquent facilement cette fréquence. Si banale que soit cette cause, ne pensez pas que le malaise qu'elle provoque soit léger et insignifiant. J'ai vu, dans quelques cas, l'élévation thermique atteindre et dépasser 40 degrés. L'anorexie devient absolue, la bouche est mauvaise et pâteuse, la langue sèche et chargée, le sommeil agité; l'inquiétude, le malaise sont souvent extrêmes. C'est une véritable auto-infection d'origine intestinale qui s'explique facilement par les considérations récentes sur la production des ptomaïnes par la fermentation des matières stagnantes dans l'intestin et leur résorption possible. Peut-être l'action toxique des ptomaïnes est-elle accrue par la dépression que produit toujours une opération? Il est certain que, s'il est commun de voir, même en dehors de toute cause chirurgicale, de la fièvre et du malaise chez des sujets constipés, je ne crois pas que cette fièvre prenne fréquemment les proportions qu'elle atteint si souvent chez nos opérés.

Ce petit fait de la constipation comme cause de fièvre post-opératoire est d'une grande importance pratique. Avant toute opération, assurez-vous, un ou même deux jours à l'avance, la vacuité de l'intestin, je dis deux jours à l'avance, car il est fréquent de voir se prolonger un peu les effets soit d'un lavement purgatif, soit d'une purgation, et, si vous les prescrivez trop tard, ces effets pourraient devenir très gênants en persistant après l'opération. Dans toutes les opérations sérieuses, et surtout dans celles qui portent sur l'abdomen ou son voisinage, cherchez, de plus, à assurer l'antisepsie intestinale en donnant, pendant plusieurs jours, le naphtol β et le salicylate de bismuth. Mais ces médicaments ne sauraient vous dispenser de prescrire un purgatif qui, en évacuant les matières fécales, reste encore un des agents de l'antisepsie de l'intestin.

Quand la fièvre survient après l'opération, donnez encore — sauf quelques contre-indications très rares d'opérations portant sur l'intestin — immédiatement un purgatif. Alors même qu'il ne s'agirait pas d'une fièvre par constipation, qu'il s'agirait d'une affection locale, d'un érysipèle, par exemple, ce purgatif ne serait pas, contre l'embarras gastrique, sans utilité. Et, le plus souvent, il fera cesser de suite tous les accidents fébriles, la constipation étant de beaucoup la cause la plus fréquente. Comme il importe d'assurer simplement l'évacuation sans fatiguer le malade par une purgation trop forte, un bon moyen consiste dans l'emploi de la limonade purgative, donnée par verre à bordeaux de deux en deux heures. On cesse sitôt la première selle obtenue. Si, d'ailleurs, vous avez eu la précaution d'assurer avant l'intervention la vacuité intestinale, ce n'est jamais qu'au bout de quelques jours — alors que la fatigue sera moins à redouter — qu'une purgation deviendra nécessaire. Mais n'hésitez jamais à l'employer comme le premier et le plus sûr moyen en présence d'accidents fébriles. Les lavements, dont l'action est moins complète, donnent des résultats moins satisfaisants.

REVUE DES JOURNAUX

De l'étiologie des oscillations de la tête, par J. Singer (*Annales des maladies de l'oreille*). — L'auteur rapporte trois cas d'oscillations de la tête dus à des affections auriculaires.

Dans le premier cas, les spasmes étaient survenus après un catarrhe du nez et de l'oreille moyenne et rappelaient les mouvements forcés qu'on obtient chez les pigeons en lésant les canaux semi-circulaires.

Le deuxième cas concerne un enfant atteint d'otite suppurée.

Chez la troisième malade, atteinte de vertige de Ménière, il n'existait pas d'oscillations, mais elle tenait continuellement la tête penchée à droite. — P. N.

Hémorrhagies du labyrinthe dues à l'anémie simple, par J. Habermann (*Annales des maladies de l'oreille*). — Ce cas n'a été observé que sur le vivant et quatre années seulement après le début de la maladie. La malade, âgée de 20 ans, a eu quatre ans auparavant des hémorrhagies stomacales, intestinales et rétiniennes. En même temps, elle était devenue sourde, avait éprouvé des bourdonnements et par moment du vertige. Plus tard, l'amnésie disparut sous l'action des eaux minérales ferrugineuses de Franzensbad en Bohême, l'acuité visuelle devint normale, et il ne resta qu'une légère surdité. Etant donné l'absence de lésions de l'appareil transmetteur des sons et l'apparition simultanée d'hémorrhagies dans d'autres organes, l'auteur conclut à une hémorrhagie labyrinthique probable. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 novembre 1891. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : Traitement des suppurations pelviennes par la méthode de Péan. — Plaies de la moelle par armes à feu et trépanation rachidienne.

M. Boisfin adresse une Note relative aux opérations qu'il a faites dans les suppurations pelviennes. Douze laparotomies lui ont donné une seule mort. La malade a succombé à une obstruction intestinale. Il a fait trois fois l'hystérectomie vaginale; dans l'un de ces cas, il s'agissait d'un hématosalpinx et, dans l'autre, d'un kyste de l'ovaire, tandis que l'on avait cru à une salpingite suppurée. M. Boisfin regarde l'opération comme difficile; pour lui, on est exposé à pincer l'uretère.

M. Terrier a actuellement fait trente-quatre fois l'hystérectomie vaginale. Depuis la première discussion à la Société de chirurgie, il a eu recours dix-sept fois à cette opération. Les deux séries d'opérations sont très exactement comparables l'une à l'autre. Dans la première série, aussi bien que dans la seconde, une métrite a été prise pour un cancer; ces deux femmes ont guéri. Dans la première série, il s'est produit quatre décès immédiats; dans la seconde, trois et un par albuminurie au treizième jour. La mortalité opératoire est donc à peu près de 33 p. 100.

L'hystérectomie vaginale pour cancer n'est pas aussi bénigne qu'on l'a dit. Elle est très sérieuse et est parfois suivie d'une récidive rapide. Parmi les treize malades qui ont survécu à l'intervention dans la première série, il n'y en a plus que deux de vivantes; les opérations datent de six ans et quatre mois et de quatre ans et huit mois; parmi les autres, trois avaient subi une opération incomplète. Des malades de la deuxième série, il en reste cinq vivantes et deux ont été perdues de vue; trois opérations aussi ont été incomplètes. En tout, il y a dix-huit cas d'hystérectomie vaginale type fournissant six malades encore vivantes.

L'hystérectomie incomplète ne peut naturellement être curative, mais on est parfois contraint de la faire, et il est certain qu'elle améliore beaucoup l'état général.

Sur dix-sept cas de cancer du col, M. Routier a fait douze fois l'amputation ou le grattage, cinq fois l'hystérectomie vaginale. Les malades qui ont subi le grattage ont été améliorées, mais la marche de la maladie n'a pas été modifiée. Les amputations du col ne donnent qu'une survie courte. Le cancer du corps semble évoluer moins vite que celui du col; une malade a été opérée il y a quatre ans et demi, mais la récidive s'est faite dans le rectum. L'hystérectomie totale n'est pas une opération grave et est préférable à l'ablation du col.

— M. Nicaise lit un rapport sur un travail de M. Vincent, relatif au traitement des plaies de la moelle épinière par armes à feu. Ces blessures sont graves, mais il peut cependant se produire des améliorations et même des guérisons sans intervention chirurgicale. Il y a trois sortes de lésions :

1° Simple compression de la moelle par un épanchement sanguin, une esquille ou le projectile, situé en dehors du canal rachidien;

2° Lésion du tissu nerveux par un projectile qui ne s'est pas arrêté dans le canal;

3° Saillie du projectile fixé sur un point de la colonne vertébrale, dans le canal rachidien.

L'intervention a surtout été préconisée dans les cas de compression simple et on obtient souvent des résultats favorables.

Trente-trois blessés ont donné une mortalité de 66 p. 100; huit fois on est intervenu et il y a eu cinq guérisons et trois morts; vingt-cinq fois on s'est borné à l'expectation, six malades ont guéri et dix-neuf sont morts.

Il y a lieu de chercher à établir les cas dans lesquels il faut intervenir et ceux où il vaut mieux s'abstenir.

Quand il y a simple compression, l'intervention est indiquée. Dans un cas observé par M. Vincent, la trépanation du rachis a amené la guérison, et, du reste, l'état du blessé ne peut être aggravé. Cette absence d'aggravation conduira à opérer même lorsque le diagnostic ne sera pas absolument certain, pourvu que l'on ait établi le siège de la lésion.

S'il y a des lésions de la moelle, l'indication est beaucoup moins nette. M. Vincent a opéré deux fois et les deux blessés sont morts. Malgré tout, si l'on agit antiseptiquement, l'opération sera sans danger et fournira quelques chances de succès.

M. Nicaise conseille de se servir, pour la trépanation de la moelle, d'une pince emporte-pièce spéciale qui rend beaucoup plus facile l'ablation des lames vertébrales.

M. Lucas-Championnière insiste sur ce fait que les difficultés de l'intervention sont beaucoup moins grandes dans les cas de plaie que dans ceux de fracture. La plaie, en effet, indique, au moins très approximativement, le lieu où siège la lésion, au lieu que, quand il s'agit d'une fracture, ces troubles fonctionnels sont loin d'être toujours suffisants pour permettre de poser exactement ce diagnostic du siège. Actuellement, M. Lucas-Championnière a, dans son service, un cas de fracture, et n'a pas cru devoir encore faire la trépanation.

L'ouverture du canal rachidien est difficile, et, quelquefois, elle est suivie d'une aggravation des symptômes; mais cette aggravation n'est que temporaire. Une fois que l'on a fait un trou avec le trépan, il ne faut plus se servir que de la pince.

M. Bazy a fait la trépanation du rachis dans les trois régions, cervicale, dorsale et lombaire. L'inspection de la partie postérieure des corps vertébraux est possible dans les deux dernières régions, mais très difficile quand on opère au cou, à cause de la grande quantité de filets d'origine des nerfs cervicaux que l'on rencontre. L'anesthésie par le chloroforme peut être utilisée sans accidents, même quand il ne reste plus que le diaphragme pour la respiration. L'opération devra être faite avec le ciseau et le maillet.

M. Moty a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un homme qui avait subi plusieurs mois auparavant l'ablation d'une lame vertébrale dans la région cervicale. Cette lame était remplacée par du tissu fibreux.

M. Bouilly a étudié un travail de M. Chipault relatif à la trépanation du rachis et dont les conclusions sont peu favorables à l'opération. Elle serait rarement indiquée dans les lésions traumatiques, sauf dans les fractures avec plaie. On pourrait y avoir recours avec succès dans les tumeurs bénignes du canal rachidien.

M. Schwartz a vu un chirurgien suisse faire une trépanation dans la région dorso-lombaire à l'aide du ciseau et du maillet; il n'y eut pas d'amélioration.

M. Terrier a fait la trépanation pour une fracture au crâne siégeant dans la partie inférieure de la région lombaire. Il y avait un déplacement considérable et le résultat fut nul.

— M. Desprès montre un malade auquel il a amputé la cuisse pour un emphysème septique avec gangrène de la jambe. Il y a employé les pansements sales et le résultat est très bon.

Ce n'est pas l'avis de M. Nicaise pour lequel le moignon est dur et enflammé chroniquement; pour lui, on peut éviter l'adhérence du moignon que M. Desprès regarde comme forcée.

FORMULAIRE

Pommade contre l'eczéma séborrhéique. — E. Besnier.

Soufre sublimé et lavé	1 gramme.
Oxyde de zinc	2 grammes.
Vaseline	20 —

F. s. a. une pommade pour frictions contre l'eczéma séborrhéique ou eczéma rubrum. — On peut employer, dans le même cas, un liniment composé de :

Résorcine	1 à 2 grammes.
Huile d'amandes douces }	ââ 12 —
Huile d'olives }	

N. G.

COURRIER

Société de médecine de Paris. — Le prix Duparcque, de 1,500 francs, plus une médaille d'or de 100 francs, est offert, en 1893, par la Société de médecine de Paris, au meilleur travail, manuscrit ou imprimé, paru dans le courant de 1891 ou 1892, sur un sujet quelconque afférant à la « tuberculose. »

Les mémoires devront être parvenus au secrétariat, 3, rue de l'Abbaye, avant le 31 décembre 1892.

Faculté de médecine de Montpellier. — Le prix Bouisson vient d'être distribué pour la première fois. Une somme de 1,000 francs a été accordée aux cinq lauréats dont les noms suivent : MM. les docteurs Bichon, Bourguet, Gay, Puech et Zalewski.

— Le samedi 7 novembre 1891, à deux heures et demie, a eu lieu, dans la salle des actes de la Faculté de médecine de Montpellier, la double installation de MM. les professeurs Forgue et Truc.

— M. le docteur Tautain, ancien directeur des affaires politiques du Sénégal, est nommé administrateur principal à la Nouvelle-Calédonie.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bringuier (de Montpellier), Correnson (de Jemmapes), J.-D. Dillon (de Castelnau-Médoc), Dumas (de Cette), Fabre (de Lafoux), Raynaud (de Cannes), Vidal (de Bessèges).

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Hôpital de la Charité. — Professeur DUPLAY.

Les résultats des opérations exploratrices.

Certaines opérations purement exploratrices ont, sur l'état des malades qui les ont subies, des effets parfois fort extraordinaires. On peut voir les opérés guérir ou être très améliorés lorsque l'opération semble devoir forcément n'avoir aucun résultat. Tantôt, en effet, on trouve dans ces cas des lésions qui sont habituellement considérées comme incurables, tantôt il est impossible d'intervenir, vu l'état des organes, tantôt enfin on ne trouve rien ou il n'y a que des altérations sans importance.

Lorsque l'on considère les principaux faits recueillis, on voit que l'on peut les diviser en trois grandes catégories :

1° Opérations dirigées contre l'épilepsie;
2° Opérations dirigées contre des maladies de l'abdomen et du bassin;
3° Opérations diverses.

Les premières observations qui ont été publiées, et dans lesquelles les résultats obtenus paraissaient inexplicables, ont provoqué un jugement souvent sévère et, ou bien l'on a admis qu'il n'y avait qu'une coïncidence, ou bien l'opinion du chirurgien a été regardée comme erronée. Actuellement, il y a assez de faits recueillis pour que l'on doive admettre la réalité de ces guérisons bizarres.

En tête des affections, qui ont été le plus souvent améliorées ou guéries par l'intervention chirurgicale, se place l'épilepsie traumatique. Cependant, bien souvent, l'opération ne pouvait expliquer pourquoi on avait obtenu un succès et, d'autre part, la pathogénie de la maladie nous est à peu près complètement inconnue. Un auteur anglais, dont j'aurai souvent à vous parler, W. White, a pratiqué 15 trépanations pour épilepsie traumatique. Sauf une mort, due à l'anesthésie, il n'eut que des résultats bons ou très encourageants, si bien que plusieurs de ses opérés sont restés guéris pendant plus de deux ans. Dans certains de ces cas, il existait une lésion matérielle que l'on put retrouver, fragment osseux blessant la substance cérébrale, hyperostose de la table interne, projectile, etc. ; mais, chez 9 malades, il fut impossible de déterminer la cause des accidents. En réunissant les statistiques publiées par divers chirurgiens, White a trouvé que, sur 56 trépanations faites dans l'épilepsie traumatique, il y avait eu 25 guérisons, 18 améliorations notables, 3 améliorations temporaires. Ces conclusions ne devront cependant pas être regardées comme définitives, car, dans plu-

sieurs cas, la date de l'opération était encore trop rapprochée pour que l'on pût être sûr de l'avenir.

Je vous ai dit que la cause, le mécanisme de l'épilepsie traumatique étaient le plus souvent inconnus. Rarement, on constate une lésion réelle, et alors l'action de cette lésion nette reste inexpliquée.

Un grand nombre d'opérations dissemblables, et faites en des sièges différents, ont guéri l'épilepsie traumatique. On peut diviser ces opérations en cinq groupes.

Dans un premier groupe, le succès de l'opération est assez facile à expliquer, si l'on se rappelle les expériences de Brown-Séquard. Dans ces cas, en effet, il existait une aura et, en rompant la communication entre l'aura et les centres nerveux, on a pu amener la disparition des attaques. Sur ce point, les faits cliniques et expérimentaux sont d'accord.

On a ainsi pratiqué avec succès l'élongation de certains nerfs, l'énucléation de l'œil, des cautérisations profondes de la peau au niveau du point d'où partait l'aura, la destruction de cicatrices. J'ai pu guérir une épilepsie traumatique en enlevant un névrome du cubital et en faisant la section du nerf.

Dans un deuxième groupe, on doit ranger les opérations qui ont une influence quelconque sur les centres nerveux. Telles sont les ligatures des carotides et des vertébrales. Ces opérations ont été faites 30 fois dans l'épilepsie; elles ont donné 14 guérisons et 15 améliorations, il n'y a eu qu'un cas de mort; 24 fois on a pratiqué l'ablation du ganglion cervical supérieur du grand sympathique. Les résultats ont été : 6 guérisons, 10 améliorations, 5 insuccès; un certain nombre de malades n'ont pu être suivis.

On ne peut guère expliquer l'effet des opérations que je range dans le troisième groupe. Il s'agit, en effet, de 10 cas de castration avec 10 guérisons, de 9 cas de trachéotomie avec 2 guérisons, 6 améliorations et 1 cas de mort deux mois après l'opération.

Dans le quatrième groupe, les opérations dirigées contre l'épilepsie paraissent vraiment bizarres ; ce sont la ténotomie du muscle droit interne, la cautérisation du larynx, l'application d'un séton à la nuque, la section du nerf musculo-cutané. White a même recueilli un certain nombre de cas dans lesquels on a fait l'acupuncture du cœur. Ces interventions si variées étaient à peine justifiées par l'existence d'un léger symptôme accessoire.

Enfin le dernier groupe sera constitué par les cas dans lesquels un traumatisme accidentel a amené la guérison. Cette dernière est survenue après une contusion grave, une chute suivie de fracture, une brûlure.

Ces diverses observations font-elles perdre leur intérêt aux cas de guérison par trépanation pure et simple? Non. On doit, en effet, rapprocher les résultats qu'a donnés la trépanation de ceux obtenus, chez des malades atteints de lésions réelles, par l'ouverture de l'abdomen, par la laparotomie exploratrice.

Il y a déjà longtemps que Spencer Wells, Lawson Tait, ont publié des cas dans lesquels une simple laparotomie, sans autre intervention, a guéri des malades atteints de lésions fort graves. L'ouverture du ventre a guéri ou amélioré des tumeurs de tous les organes de l'abdomen et du bassin : utérus et annexes, foie, rate, estomac, intestin, rein, etc. La nature des tumeurs variait beaucoup; tantôt il s'agissait simplement de produits inflammatoires, tantôt on avait affaire à des fibromes, à des myomes et

même à des cancers vrais dont la nature maligne avait été constatée par l'examen histologique. J'ai fais la laparotomic exploratrice dans deux cas de cancer du péritoine; dans ces deux cas, le résultat obtenu a été surprenant, et il a pu, chez un des malades, se maintenir pendant de longs mois. M. Delbet a vu une tumeur du foie disparaître chez un enfant.

Tout le monde connaît, aujourd'hui, les effets de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. Kœnig a réuni 131 observations de laparotomies faites dans cette maladie. Elles ont donné 89 guérisons complètes, et, dans 30 cas, cette guérison persistait longtemps après l'intervention. Si il y avait eu, dans quelques opérations, des injections et des lavages, dans la majorité des cas tout s'était borné à une simple incision. Tout récemment, dans la discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie, on a rapporté des faits analogues.

Enfin, des maladies très diverses ont pu être influencées par des opérations variées. La castration a réussi contre l'ostéomalacie, la ténotomie des muscles de l'œil contre la chorée. Gillette a guéri une paraplégie hystérique en incisant la paroi abdominale jusqu'à l'aponévrose; la malade était persuadée qu'on lui avait enlevé les ovaires. White a opéré un malade présentant une paraplégie complète avec paralysie des sphincters, des eschares, des douleurs très violentes dans les membres. Après mise à nu des premières vertèbres dorsales et ablation des lames, la dure-mère fut incisée et quelques adhérences très légères avec la pie-mère furent détruites. La guérison survint rapidement et le malade put se livrer à des travaux manuels fort rudes.

Comment peut-on expliquer ces guérisons si extraordinaires en apparence, c'est ce que nous étudierons dans la prochaine leçon.

(*A suivre.*)

Paralysie alcoolique chez une jeune femme dipsomane. Névrites multiples. — Guérison.

Observation lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 10 octobre 1891,

Par le docteur J. Dubrisay.

De toutes les manifestations de l'intoxication alcoolique, l'une des plus intéressantes et des plus nouvellement étudiées est la paralysie alcoolique des membres avec névrites des nerfs périphériques. C'est un fait de ce genre que je viens aujourd'hui vous exposer.

Mme X..., âgée de 26 ans, appartient à une classe de la société dans laquelle l'alcoolisme est rare. Je n'ai pu élucider la question d'hérédité. Mme X... a perdu son père à 7 ans, sa mère à 3 ans, et n'a pu me donner sur eux aucune espèce de renseignements. Elle s'est mariée à 17 ans, a eu un enfant qui est aujourd'hui âgé de 7 ans 1/2 et, sauf les maladies habituelles de l'enfance, elle ne se rappelle pas avoir été jamais malade. Depuis son mariage, c'est-à-dire depuis neuf ans, je n'avais jamais eu à la soigner. Elle commença à maigrir au mois de novembre 1890 et à souffrir de l'estomac. Elle avait souvent de la diarrhée, quelquefois des vomissements; cependant, bien que je la visse fréquemment, soit pour une indisposition quelconque de son enfant, soit comme relations de voisinage, elle ne me parla pas des troubles qu'elle éprouvait avant la fin d'avril 1891. A cette époque, du reste, les symptômes étaient arrivés au summum d'intensité qu'ils ont présenté, et depuis lors, après être restés un certain temps stationnaires, ils n'ont plus fait que décroître et s'amender.

Quand je fus appelé auprès d'elle, ce qui frappait tout d'abord, c'était l'état cachectique auquel elle était arrivée et dont la diminution de poids peut donner une première idée. Les années précédentes, à l'état de santé habituelle, elle pesait 127 livres. Le 20 avril, elle était tombée à 80, soit une chute de 47 livres. Sur toute la surface du corps, la peau présentait une teinte terreuse; sur le ventre, elle était flasque et plissée; le ventre lui-même était excavé; sur les membres, principalement aux avant-bras et aux jambes, les muscles étaient tellement atrophiés que la peau était littéralement collée sur les os; les seins, les glandes mammaires avaient disparu; les saillies formées par les fesses étaient remplacées par des excavations; on se serait étonné que Mme X... pût encore peser 80 livres, n'eût été la taille, qui est au-dessus de la moyenne.

En interrogeant les divers organes, on trouvait : les poumons parfaitement sains; la circulation générale normale; pas de bruit de soufffle au cœur; pas de palpitations; pas de fièvre; une température plutôt basse (36°5), mais les battements du cœur précipités (120 pulsations). Les règles, toujours peu abondantes, avaient disparu depuis plusieurs mois. Les vomissements et la diarrhée avaient également cessé, mais il y avait une inappétence absolue et une soif ardente et continue. Rien du côté des urines, qui n'ont pas été du reste analysées.

L'intelligence était conservée. Mme X... répondait nettement à toutes les questions, mais elle était plongée dans un état d'indifférence qui s'étendait à toutes les circonstances de la vie et dont elle ne sortait que pour se plaindre amèrement, et avec impatience, des douleurs qu'elle ressentait. Le sommeil était complètement perdu; elle passait la nuit tout entière sans éprouver le moindre assoupissement.

C'est du côté de la locomotion et de la sensibilité que l'on constatait les symptômes caractéristiques et l'on peut dire pathognomoniques de la maladie.

Etendue sur le lit, Mme X... pouvait remuer les membres, porter une jambe sur l'autre; elle avait conservé le sens musculaire; elle connaissait la position de ses jambes ou de ses bras. Mais, sortie du lit, elle était incapable de se tenir debout à cause des douleurs qu'elle ressentait et aussi à cause d'une extrême faiblesse; soutenue par deux personnes, elle ne pouvait se redresser par suite de douleurs rénales très vives et d'une impuissance musculaire qui la faisait s'affaisser d'un côté ou de l'autre. La faiblese des membres supérieurs n'était pas moins grande. Les mains pendaient inertes à l'extrémité des avant-bras; elle ne pouvait rien serrer, ni même tenir entre ses doigts, ni un livre, ni une cuiller. Pendant quelques jours, on fut obligé de la faire manger. A peine pouvait-elle tenir un verre à deux mains, et, pour boire, elle faisait autant de chemin avec sa tête, qu'elle abaissait, qu'avec ses bras, qu'elle soulevait lentement.

Aux avant-bras, la paralysie ou, pour être plus exact, la parésie, portait autant sur les extenseurs que sur les fléchisseurs. Aux membres inférieurs, contrairement à la règle, la paralysie portait de préférence sur les fléchisseurs; les orteils étaient fléchis et recourbés, mais, dans leur ensemble, les pieds étaient relevés sur la jambe, figurant le talus, et, dans les essais de marche, la malade faisait porter tout le poids du corps sur les talons, ce qui rendait l'équilibre encore plus instable. Le signe de Romberg n'existait pas. Les réflexes rotuliens avaient disparu, la contractilité électrique était anéantie.

Du côté de la sensibilité, les troubles n'étaient pas moins nombreux. La malade accusait une sensation de froid continue et générale; d'autre part, pendant la nuit, elle éprouvait une sorte de bien-être à tenir ses pieds nus en dehors des draps. Le poids du linge et la chaleur du lit lui étaient insupportables. Sur toute la surface du corps, principalement sur les membres, il y avait de l'analgésie et de l'anesthésie, mais, disait-elle, elle avait toujours été très peu sensible. En même temps, elle accusait, à l'extrémité des doigts et à la face plantaire des pieds, au niveau des articulations métatarso-phalangiennes, des douleurs très aiguës que l'on retrouvait par la pression sur les trajets des nerfs plantaires et des nerfs de la jambe. Au niveau du creux poplité, la douleur à la pression disparaissait.

Les douleurs étaient continues, mais avec des exacerbations très violentes, parfois pendant une heure, quelquefois pendant toute la nuit, que la malade passait à se plaindre et à pleurer. Elle accusait des sensations de brûlure, de déchirement, d'arra-

chement, toujours plus marquées dans les pieds; aux mains, ce n'étaient guère que des picotements et des fourmillements douloureux.

Rien du côté des organes des sens. Pas de troubles oculo-papillaires; pas de strabisme.

Au niveau de l'extrémité du pied, il y avait un certain œdème, et, enfin, comme troubles vaso-moteurs, on avait noté que, deux ou trois fois par jour, en même temps que se produisait un malaise indéfinissable, elle devenait d'un rouge violacé, « presque noir », disait son mari. Cet état se prolongeait pendant plusieurs heures.

Si on se reporte aux descriptions qui ont été faites par Leudet, Lancereaux, Dejérine, Brissaud, pour ne citer que des auteurs français, par Magnus Huss, que l'on peut dire le père de l'alcoolisme, on ne pouvait hésiter à reconnaître une intoxication alcoolique, et tel fut, en effet, mon diagnostic, sinon le premier jour, du moins le deuxième, quand des renseignements précis m'eurent été fournis par le mari et diverses personnes de l'entourage.

Mme X..., par un enchaînement de faits que je n'ai pu m'expliquer et au milieu desquels je soupçonnerais volontiers l'influence de l'hérédité, était arrivée à boire chaque jour, comme minimum : deux bouteilles de vin de Bourgogne, cinq à six petits verres de cognac (ou plus exactement cinq à six doses non mesurées), un verre ou deux de Marsala et quelques chopes de bière. Elle ne buvait d'eau qu'avec le cognac, jamais avec le vin. Dans les derniers temps, elle avait remplacé le cognac par de l'amer Picon, dont elle buvait, dit son mari, un demi-litre par semaine, deux litres au moins, dit une autre personne. Elle était donc bien et dûment alcoolique. La nutrition générale était profondément altérée, les douleurs violentes des membres, la tachycardie indiquaient l'existence de névrites des nerfs périphériques et du pneumogastrique. L'état était grave; mais la malade était jeune et d'une bonne constitution; les personnes qui l'entouraient la soignèrent avec intelligence et dévouement, et, en cinq mois à peine, elle a guéri complètement en suivant avec ponctualité le traitement que je vais sommairement indiquer.

Pour ranimer les fonctions de l'estomac, je prescrivis la teinture de Baumé; pour ramener le sommeil, diverses préparations d'opium, de morphine, de chloral; pour combattre la diarrhée, l'élixir parégorique, et enfin, comme base du traitement, des douches froides en jet de vingt-cinq à trente secondes de durée, soit une, soit deux douches par jour. En même temps, je supprimai tout alcool, ne permis que deux canettes de bière par jour et, pour calmer la soif, une décoction de chicorée sauvage, de houblon ou de quinquina. Tant qu'elle ne put manger, du lait à la dose de deux litres par jour.

Dès le début, ce traitement fut très bien supporté; pendant le premier mois, il fallut porter la malade sous la douche; pendant le même temps, l'amélioration fut peu sensible, mais le mal était enrayé, et dans les trois derniers mois, avec des alternatives dans les progrès, la malade a sans cesse marché vers le rétablissement.

Aujourd'hui, Mme X... a retrouvé ses forces; elle marche seule et droite, elle n'a plus du tout de douleurs ni spontanées ni à la pression; elle mange avec appétit et, dit-on, plus qu'elle ne l'a jamais fait; elle dort toute la nuit; elle a retrouvé de la gaieté, la fraîcheur et le coloris d'une jeune et jolie femme; elle est encore un peu maigre, elle ne pèse que 100 livres; sur les bras et le cou, la sensibilité est retardée. — Elle continue à prendre des douches. — Continuera-t-elle à ne plus boire d'alcool?

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS

Contribution à l'étude de l'hématocèle péri-utérine extra-péritonéale, par le docteur Spinelli, de l'Institut obstétrico-gynécologique de l'Université de Naples. (Nos 27 et 28 *Della Gazzetta delle Cliniche.*) — C'est à propos d'une hématocèle péri-utérine extra-péritonéale observée à la clinique gynécologique de Naples que l'auteur

présente quelques considérations sur cette tumeur sanguine, dont l'histoire pathologique est loin d'être aussi complète que celle de l'hématocèle vraie ou intra-péritonéale.

Huguier, en 1853, dans les Bulletins de la Société de chirurgie, avait déjà appelé l'attention sur l'hématocèle extra-péritonéale, qu'il appelait pseudo-hématocèle. Nonat est l'auteur qui a nettement établi les deux variétés d'hématomes pelviens. Puech, Courty, Bernutz, Scanzoni, Trousseau, Veil, Kühn, Lacoste, Poncet, Schröder, Duncan, Marta, Grynfeld, etc., etc., ont, depuis lors, publié un certain nombre d'observations, où ces deux variétés de tumeurs sanguines ont été nettement distinguées et décrites spécialement.

Une femme de 28 ans, de Resina (Naples), femme de chambre, mariée, entre à la clinique le 26 avril 1888.

Aucune tare pathologique, réglée à 12 ans, et, depuis lors, invariablement à époques fixes. Mariée à 26 ans, n'est jamais devenue enceinte. En janvier 1888, eut ses règles; en février, elle commença à avoir des nausées, des troubles dans l'appétence, et, plusieurs fois, rendit du liquide filant, jaunâtre, assitôt après être levée. Cette femme pensait à un commencement de grossesse, d'autant plus que ses seins et le bas-ventre avaient grossi. Les choses durèrent jusqu'au 22 avril, A ce moment, elle fut frappée tout d'un coup d'une douleur très vive à l'hypogastre et à la région lombaire. L'abdomen avait alors augmenté considérablement de volume; il y avait eu des syncopes, de la perte de connaissance, etc. Bref, la malade était dans une position telle qu'elle dut entrer à l'hôpital de Jésus-et-Maria dans la section gynécologique.

L'inspection fait constater une augmentation de volume de la région sous-ombilicale; à la palpation, on [sent une tumeur qui, du bassin, s'élève dans la cavité abdominale, tumeur élastique dans le haut, un peu plus ferme en bas. La percussion donne un son tympanique dans tout l'abdomen, hormis dans l'aire occupée par la tumeur absolument mate. L'auscultation révèle un souffle doux, pulsatile, isochrone au pouls radial dans la région du pli inguinal droit. Les dimensions de cette masse donnent 14 centimètres de la symphyse du pubis à son bord supérieur et 11 centimètres dans le diamètre transverse.

Par le vagin, le doigt qui y pénètre difficilement est arrêté dans les deux tiers inférieurs de ce canal par une tumeur dure, élastique, qui semble faire corps avec la partie vaginale; l'utérus ne peut être bien exploré, il est très élevé, dévié à gauche; le col est celui d'une *multipare*; il présente une consistance morbide, un gros volume, et, néanmoins, reste mobile.

Par le rectum, le doigt constate un bloc volumineux et dépressible qui remplit tout le vagin.

On diagnostiqua une hématocèle pelvico-péri-utérine, extra-péritonéale, probablement à la suite d'une rupture d'un kyste de grossesse ectopique de la trompe droite (!).

Le pronostic est réservé, bien entendu, et le traitement fut d'abord l'antisepsie générale, suivie d'applications de vessies de glace sur le ventre, de la diète lactée, du repos absolu, teinture d'iode sur la tumeur, etc., suffit pour amener le retrait à peu près complet de celle-ci. Le brillant diagnostic fait par notre distingué confrère serait peut-être discutable au moins en ce qui touche la rupture du kyste fœtal. Une hémorrhagie interne de cause ovarienne est, dans l'espèce, la seule chose qui frappe; l'hématocèle n'est pas douteuse, pas plus que son siège; mais est-on autorisé à admettre qu'il s'agisse, par suite d'une simple hémorrhagie interne survenue sans motif, sans trauma, sans troubles dans la sphère génitale, d'un kyste de grossesse ectopique de la trompe? Il y avait bien quelques signes pouvant faire penser à une grossesse commençante, mais rien de plus, et l'enkystement de la tumeur sanguine, l'irritation du péritoine ont certainement donné le change à l'observateur. C'est au moins notre humble avis.

Quoi qu'il en soit, il est admis par tous les auteurs que le diagnostic différentiel entre l'hématocèle intra ou extra-péritonéale est hérissé de difficultés quasi-insurmontables. Ce sont des deux côtés les mêmes caractères; Graily-Hewit dit même que, durant la vie, il est à peine possible de les différencier l'une de l'autre. Scanzoni affirme pourtant que

les phénomènes généraux sont moins prononcés; que la secousse du système nerveux qui accompagne les épanchements de sang dans la cavité péritonéale est moins forte, de même l'abattement, le délire, etc... La coloration violacée du cul-de-sac vaginal, donnée comme pathognomonique de l'hématocèle extra-péritonéale, appartient aussi à la grossesse, elle n'est donc pas spéciale à cette tumeur; pas plus que la basse position de l'épanchement dans le cul-de-sac de Douglas, etc., etc.

Kuhn a signalé la présence d'un pont, situé en arrière du col, qui unirait deux tumeurs latérales, comme signe d'hématocèle extra-péritonéale; Martin a insisté sur ce signe. Le docteur Marta, dans sa belle Monographie sur l'hématocèle péri-utérine, a mis en relief un autre symptôme, c'est une position vicieuse du col qui serait dirigé vers la symphyse pubienne en formant un angle obtus avec l'ouverture en avant.

Dans l'observation du docteur Spinelli, ces différents symptômes ont été nettement perçus; l'issue terminale a été aussi heureuse que possible et, malgré les succès constants de la laparotomie qui s'imposait dans ce cas si le décours n'avait pas été aussi favorable, on ne peut que recommander le traitement qui a été suivi méthodiquement et a donné un succès aussi complet.

Méthode simple de perforation cranienne sur le fœtus hydrocéphalique pratiquée par le docteur G.-B. Foppiano. (In *Riforma medica*, n° 234, 14 octobre.) — En 1851, Dujardin, dans un mémoire lu à l'Académie de médecine, indiquait comme lieu d'élection l'orbite pour donner issue, à l'aide d'un crochet obtus, au liquide hydrocéphalique. Dans un accouchement où le fœtus présentait cette difformité, et qui ne pouvait se terminer qu'en évacuant le liquide céphalo-rachidien, l'auteur, après avoir pensé aux différents procédés classiques non applicables dans l'espèce, se servit de son doigt comme d'un trocart, et, en l'enfonçant par la paroi superficielle de l'orbite jusque dans le crâne, il put obtenir l'issue du liquide céphalique, évalué à quatre litres environ, et terminer facilement l'accouchement.

Un cas de curettage des cordes vocales (décorticage des cordes vocales de Labus), par M. le docteur C. Corradi, primaire spécialiste au grand hôpital de Vérone. — Dans certaines formes de laryngite chronique invétérée, où les altérations se limitent pour ainsi dire exclusivement aux cordes vocales sous formes de verrues aplaties, d'amas de granulations qui donnent à la corde l'aspect d'un grossissement uniforme (pachydermie verruqueuse de Virchow, cordite tubéreuse de Türck), il y a lieu de pratiquer l'opération de Labus. C'est ce que vient de faire brillamment M. le docteur Corradi à une femme B..., de 45 ans. La guérison, longtemps cherchée en vain par toutes sortes de traitements, a été obtenue par le raclage, en vingt jours. Voici comment à opéré ce distingué spécialiste : Après cocaïnisation, le chirurgien, avec la pince laryngée ordinaire, a d'abord cherché à enlever ou à écraser tout ce qu'il était possible des néoplasmes, puis, avec une petite curette, il a raclé d'arrière en avant les cordes vocales, enlevant toutes les productions anormales qui s'y rencontraient; ensuite, il cautérisa les parties traitées avec une solution de nitrate d'argent au quinzième, et, après quinze jours de traitement, la voix commençait à revenir et, huit jours ensuite, la malade était guérie!

Sur la reproduction de la muqueuse de l'utérus. Etude sxpérimentale du docteur Bossi, docent d'obstétrique et de gynécologie. (In *Gazzetta degli ospitali*, n° 81. Octobre.) — A l'Institut de pathologie générale dirigé par M. le professeur Griffini, M. le docteur Bossi a entrepris, sur des chiennes, une série d'expériences à l'effet :

1° D'étudier le mode de reproduction de la muqueuse utérine;

2° Les modifications histologiques qui surviennent après le raclement de l'endométrite;

3° Les modifications produites par la destruction de cette muqueuse par les caustiques, en se limitant toutefois à la pâte de Canquoin laissée en permanence selon la méthode de Polaillon, et en établissant un parallèle entre ce procédé et le curettage classique.

Les conclusions de ce travail consciencieux sont les suivantes, par rapport à la reproduction totale de la muqueuse :

1° La muqueuse du corps utérin de la chienne, enlevée par partie ou en totalité dans toute son épaisseur, se reproduit complètement;

2° Cette reproduction se fait lentement, souvent dans un espace de temps considérable;

3° L'épithélium de revêtement, qui primitivement tapissait la solution de continuité, dérive de l'épithélium des glandes des bords de celle-ci demeurées plus ou moins intactes après le trauma expérimental;

4° Enfin, les glandes reproduites dérivent de la prolifération de quelques cellules du nouvel épithélium de revêtement, après que celui-ci a pris une forme d'épithélium cylindrique.

Par rapport à l'application de bâtonnets de pâte de Canquoin, l'auteur pense que le curettage est préférable à cette cautérisation, tant par les effets immédiats obtenus que par ceux qui suivent, et en se plaçant spécialement au point de vue de la conservation fonctionnelle de l'organe.

Nous ne terminerons pas cette Revue sans signaler à nos lecteurs les importants travaux du IVe Congrès de la Société italienne de médecine interne, tenu à Rome du 19 au 22 octobre 1891, sous la présidence de M. le professeur Bacelli, et du VIIIe Congrès de la Société italienne de chirurgie, tenu également à Rome du 25 au 27 octobre 1891. Des communications importantes et bien actelles sur la pathogénie des maladies de l'estomac, du foie; sur la signification clinique de la fréquence de la respiration; sur les auto-intoxications; sur la toxicité des fèces, des urines, du sang, des sueurs, etc., ont fourni aux médecins italiens l'occasion de rompre de superbes lances.

En chirurgie, nous signalerons spécialement le nouveau procédé de Bottini pour la cure radicale des hernies. Les statistiques de Postempski sur 58 laparotomies pour plaies de l'abdomen; l'asepsie dans les opérations abdominales; l'ascite dans les tumeurs abdominales, de Pascale, etc., etc.....; il faudrait tout citer.

MILLOT-CARPENTIER.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 novembre 1891. — Présidence de M. TARNIER.

La correspondance comprend :

1° Un travail de M. Albespey sur les tumeurs adénoïdes et certains accidents qu'elles peuvent provoquer;

2° Un mémoire de M. Foveau de Courmelles sur l'albuminurie eczémateuse.

Diagnostic de la tuberculose des bêtes à cornes par la tuberculine. — M. NOCARD est revenu sur ce sujet. Il a pu étudier l'action des injections sur la quantité et la qualité du lait, et sur l'évolution de la gestation. Après avoir rapporté un cas nouveau, qui prouve que l'injection permet de mettre en évidence une tuberculose absolument discrète, M. Nocard prouve, par des chiffres soigneusement recueillis, que la quantité et la qualité du lait ne sont pas influencées dans la majorité des cas; quelquefois la quantité diminue un peu quand l'injection provoque de la fièvre. La gestation n'est pas troublée.

« Ces expériences, dit M. Nocard en terminant, complètent ma première communication.

1° Elles en confirment les résultats, en montrant que la tuberculine permet de faire aujourd'hui, avec une quasi-certitude, le diagnostic de la tuberculose bovine, même dans les cas où la lésion est tout à fait récente et très limitée;

2° Elles prouvent que les injections de tuberculine n'ont aucune influence fâcheuse sur la quantité ou la qualité du lait produit, ni sur l'issue de la gestation. »

— M. NICOLAS lit un mémoire sur la *prophylaxie obligatoire des maladies évitables.* — Pour lui, il faudrait imposer la séquestration ou la quarantaine, l'hygiène de la chambre à coucher, la désinfection des déjections.

— M. C. Paul demande, au nom de la commission des eaux minérales. que l'autorisation d'exploitation ne soit accordée que lorsque l'Académie aura eu à sa disposition des échantillons recueillis au moment du débit minimum et au moment du débit maximum. On pourra voir ainsi si la minéralisation est constante.

(La commission des eaux minérales rédigera définitivement cette proposition qui sera transmise au ministère de l'intérieur).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 novembre. — Présidence de M. Labbé.

Sommaire : *Polyurie hystérique. — Un cas exceptionnel d'intoxication saturnine. — Du zona chez les enfants.*

M. Debove, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, rapporte un nouveau cas de polyurie hystérique. Un malade, atteint d'une légère sciatique, émettait, ces jours derniers, 4, 5 et jusqu'à 6 litres et demi d'urine par vingt-quatre heures. La névralgie étant trop peu intense pour que la polyurie fût sous sa dépendance, M. Debove examina attentivement le malade et découvrit chez lui des stigmates hystériques, entre autres de l'hémianesthésie; ce malade était de plus hynoptisable. M. Debove tenta alors de faire disparaître la polyurie à l'aide de la suggestion. Les résultats de ce premier essai furent très satisfaisants. Au bout de vingt-quatre heures, la quantité d'urine émise n'était que de 3 litres et demi, au lieu de 6 litres et demi la veille. M. Debove espère arriver à faire disparaître complètement cette polyurie.

M. Mathieu vient, lui aussi, d'observer deux cas semblables. La quantité d'urine égalait 6 à 7 litres par vingt-quatre heures chez le premier malade, 7 à 8 litres chez le second. Tous deux avaient perdu connaissance dans la rue et avaient été ainsi portés à l'hôpital. Le premier avait été pris ensuite de vomissements incoercibles. Le second présentait de l'hémianesthésie et un rétrécissement très marqué du champ visuel.

La polyurie hystérique est donc loin d'être rare. Il y a quelque temps déjà, M. Mathieu avait observé, dans le service de M. Proust, un malade qui urinait jusqu'à 25 et 30 litres par jour. Ce malade était soumis à une étroite surveillance; toute supercherie lui était impossible. Il présentait cette particularité, signalée autrefois par M. Duponchel, de pouvoir retenir dans sa vessie plus de 3 litres d'urine. On remarquait chez lui une grande émotivité, mais aucun autre stigmate d'hystérie. Son père était mort aliéné. M. Ballet regarderait donc peut-être ce cas de polyurie nerveuse comme un cas de dégénérescence héréditaire.

M. Huchard : La polyurie hystérique est fréquente et connue depuis longtemps; cette fréquence est signalée dans la deuxième édition du *Traité des névroses* d'Axenfeld, revue par M. H. Huchard.

— M. Guyot rapporte un cas de paralysie saturnine remarquable par ce fait que la cause de l'intoxication résidait exclusivement dans le papier dont était tapissée la chambre du malade. Une enquête approfondie avait démontré que l'on ne pouvait incriminer ni l'eau, ni le vin, ni les aliments; en outre, ce malade était domestique et ne maniait ni plomb ni sels de plomb.

L'analyse montra que le papier de tapisserie contenait une grande quantité de plomb. C'est certainement là une cause exceptionnelle d'intoxication saturnine.

— M. Comby : Le zona présente des différences notables dans son évolution et ses manifestations douloureuses suivant l'âge des malades. L'indolence du zona infantile est en effet remarquable à côté des douleurs vives et persistantes du zona sénile. M. Comby a vu à Sainte-Périne une vieille demoiselle de 82 ans qui souffrait depuis cinq ans d'une névralgie intense ayant débuté par un zona. L'éruption est cependant la même chez les enfants et chez les vieillards. Peut-être l'état particulier des nerfs chez ces derniers explique-t-il l'intensité des névralgies. En tout cas, l'on peut dire que chez

les enfants l'éruption est tout, tandis que les suites de l'éruption sont surtout importantes chez les adultes et les vieillards.

M. Comby a recueilli, en huit ans, au dispensaire de la Villette, 33 cas de zona infantile, dont 21 filles et 12 garçons.

Cette prédominance du sexe féminin a été notée par d'autres observateurs, M. Descroizilles, entre autres, dans le zona infantile.

On a dit que le zona était plus rare chez les enfants que chez les adultes. Il n'en est rien; toutefois, pendant la première enfance, le zona est exceptionnel. C'est une maladie rare à tous les âges; après deux ans, elle se rencontre aussi souvent chez l'enfant que chez l'adulte.

Sur les 33 cas de M. Comby, il y en avait 4 au-dessous de 2 ans (le plus jeune malade avait 8 mois); 29 malades avaient dépassé cet âge; le plus âgé avait 15 ans.

M. Comby n'a pas observé de petites épidémies de zona ni la contagion de la maladie; mais l'affection s'est montrée plus fréquente pendant les mois de printemps et d'été que pendant les mois d'automne et d'hiver. Cette constatation a déjà été faite pour d'autres dermatoses.

14 des petits malades étaient bien portants au moment de l'apparition du zona. Les autres étaient déjà malades : 6 étaient extrêmement nerveux, 9 avaient de la dyspepsie et de la diarrhée; un seul était tuberculeux. Dans un cas, le zona survint huit jours après la vaccination; une autre fois, ce fut après un traumatisme violent, une morsure de cheval; enfin, dans un dernier cas, le zona survint au cours d'une rougeole.

Quatorze fois le zona siégeait sur la moitié droite du corps. Les phénomènes généraux ont été toujours très peu intenses; le malaise, l'embarras gastrique, l'anorexie, l'état saburral étaient toujours réduits à leur plus simple expression. La fièvre zostérienne, chez les enfants, est donc insignifiante.

Parmi les signes locaux, les démangeaisons, les picotements sont les plus fréquents; il n'y a pas de douleurs sur le trajet nerveux, ni spontanément ni à la pression. Cette indolence avait été observée par plusieurs auteurs (Hardy, Fabre, de Commentry, etc.). Cependant, on peut noter l'existence de névralgies légères chez les malades au-dessus de 10 ans. Les névralgies sont d'ailleurs, chez les enfants, à peu près inconnues; ainsi, par exemple, la névralgie faciale.

Quelques auteurs (Descroizilles) ont signalé, comme suites du zona, un certain état d'anémie, de dépérissement, de langueur que M. Comby n'a jamais observé. Tout au plus, les complications se réduisent-elles à quelques accidents locaux, dus en partie au grattage, écorchures, adénites, pigmentation.

Le diagnostic est facile; quelquefois, cependant, à la face, une plaque de zona sera prise pour de l'herpès fébrile.

Le traitement s'adressera uniquement à l'éruption.

Ces faits n'éclairent pas la pathogénie du zona. Le zona est-il dû à une simple névrite? Faut-il le ranger dans la classe des maladies générales infectieuses? Ce qui est certain, c'est que le zona est dû à une névrite; mais cette névrite reconnaît elle-même des causes très variées. Les symptômes généraux feraient croire à une maladie infectieuse; il en est de même de l'absence de récidive dans certains cas. Mais, quand la cause est bien nettement un traumatisme, comme, par exemple, dans le cas où le zona survint après une morsure de cheval, il est bien difficile de faire intervenir la spécificité. On peut donc conclure, comme M. Bouchard, que le zona est la manifestation d'une névrite qui peut être infectieuse, ou traumatique ou de toute autre origine.

FORMULAIRE

Mixture contre l'esquinancie. — Haberkorn.

Acide tannique .... 1 gramme.
Acide phénique .... 2 grammes.

Teinture d'iode	V gouttes.
Glycérine pure	20 grammes.
Eau distillée	80 —

Faites dissoudre. — Avec un pinceau, imbibé de cette mixture, on badigeonne plusieurs fois par jour les amygdales enflammées, dans l'espoir d'enrayer la formation des abcès. — N. G.

Pommade contre l'érysipèle et l'eczéma de la face. — Rothe.

Créoline pure	1 gr. 50 cent.
Craie préparée	ââ 15 grammes.
Axonge	
Essence de menthe poivrée	V gouttes.

Mêlez. — Onctions deux ou trois fois par jour sur la région érysipélateuse, en ayant soin de la dépasser. Il se produit une sensation de fraîcheur agréable, les douleurs diminuent, et l'érysipèle guérit, paraît-il, dans l'espace de quelques jours. — Le résultat est aussi favorable avec l'eczéma humide de la face. — N. G.

COURRIER

Collège de France. — M. le professeur Brown-Séquard est autorisé à se faire suppléer par M. d'Arsonval; M. le professeur Marey est autorisé à se faire suppléer par M. François-Franck; M. le professeur Balbiani est autorisé à se faire suppléer par M. Henneguy.

Faculté de médecine de Paris. — *Fondation de Barkow.* — Sont appelés à jouir, pendant l'année scolaire 1891-1892, d'une des bourses d'enseignement supérieur instituées sur la fondation de Barkow : MM. Lalande (Emmanuel-Marc-Henry), né le 24 décembre 1868, à Nancy (Meurthe), étudiant de la Faculté de médecine de Paris; Dumontier (Henry-Marie-Léopold), né le 22 février 1868, à Villers-sur-Bonnières (Oise), étudiant de la Faculté de médecine de Paris; Fiquet (Edmond), né le 23 juillet 1864, à Forges les-Eaux (Seine-Inférieure), étudiant de la Faculté des sciences de Paris.

Fondation Pelrin. — Sont appelés à jouir, pendant l'année scolaire 1891-1892, d'une des bourses de l'enseignement supérieur, instituées sur la fondation Pelrin : MM. Hortz (Henri-Marie-Félix), né le 4 décembre 1864, à Besançon (Doubs), étudiant de la Faculté de médecine de Paris; Lefilliatre (Gustave-Clément), né le 31 janvier 1870, à Grenoble (Isère), étudiant de la Faculté de médecine de Paris; Nattan (Louis-Adrien-Albert), né le 4 novembre 1873, à Paris, étudiant de la Faculté de médecine de Paris; Prévost (Albert-Anatole), né le 3 avril 1871, à Vernon (Eure), étudiant de la Faculté des sciences de Paris.

— Les commissions de prix de la Société de chirurgie sont ainsi constituées :
Prix Duval : MM. Marjolin, Routier, Polaillon, Quénu, Prengrueber.
Prix Laborie : MM. Championnière, Marc Sée, Peyrot, Périer, Le Dentu.
Prix Gerdy : MM. Horteloup, Reynier, Delens, Terrillon, Bazy.
Prix Demarquay : MM. Berger, Nélaton, Bouilly, Segond, Jalaguier.

— Nous apprenons avec la satisfaction la plus vive que notre excellent confrère le docteur Gustave de Beauvais, médecin en chef de Mazas, atteint depuis une quinzaine de jours d'une pleuro-pneumonie grave, est actuellement hors de danger, et que sa guérison complète n'est plus qu'une question de jours.

Concours d'agrégation. — Le jury du concours d'agrégation pour la section de médecine est connu, en ce qui concerne les professeurs de Paris : ce sont MM. Bouchard, Potain, G. Sée, Peter et Cornil.

Assistance publique de Paris. — *Dons.* — Par décret, le directeur de l'Assistance

publique à Paris est autorisé à accepter un legs par lequel M. Poydenot a légué à la ville de Paris, pour création de lits d'hôpitaux, la moitié de la somme restant libre sur le reliquat, évalué à 344,000 francs environ, de l'actif de sa succession, déduction faite des legs et charges.

— M. le docteur Henri Dugau, conseiller municipal, est nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres, près la bibliothèque de Bergerac.

Exercice illégal de la pharmacie. — *La droguerie du docteur François Raspail.* — M. le docteur Raspail vient d'être poursuivi devant le tribunal correctionnel sous la prévention d'exercice illégal de la pharmacie.

La Société de prévoyance et chambre syndicale des pharmaciens de la Seine — plaignante et partie civile — lui reprochait de vendre directement à ses clients, dans la droguerie de la rue de Lille, en contravention de l'article 16 de la déclaration du 26 avril 1777 et de l'article 33 de la loi de germinal an XI : 1° des médicaments composés, des drogues simples destinées à l'exécution de ses ordonnances, et ce au poids médicinal. Le tribunal a condamné le docteur François Raspail à 500 francs d'amende et 200 francs de dommages-intérêts envers la partie civile.

— M. le docteur Couturier, médecin des hôpitaux de Saint-Etienne, atteint depuis quelque temps de troubles cérébraux, vient de se donner la mort.

— Le « docteur » Moron, directeur de l'Institut dynamodermique, vient d'être condamné, par le tribunal correctionnel du Havre, à 1,000 francs d'amende pour exercice illégal de la médecine.

Ecole de médecine de Caen. — Ont été proclamés lauréats de l'Ecole, pour l'année scolaire 1890-1891, les élèves en médecine dont les noms suivent :

Première année : premier prix, M. Célos ; deuxième prix, M. Degrenne.

Deuxième année : premier prix, M. Devaux; deuxième prix, M. Bouin; mention honorable, M. Rivière.

Concours Le Sauvage : premier prix, M. Wiart; deuxième prix, M. Branca.

Concours de travaux chimiques : prix *ex æquo*, MM. Degrenne et Deslandes; mentions honorables, MM. Célos et Lihou.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Sattin (de Saint-Laurent-de-Chamousset).

Société de médecine de Paris. — Séance du 28 novembre 1891. — *Ordre du jour :* 1. M. Georges Berne : Nouveau procédé de traitement de l'entorse par le massage. — 2. M. Reliquet : Sonde en gomme avec enduit interne imperméable.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction
Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.
Membres du Comité :
LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

La tuberculine revient sur l'eau; ou, plutôt, son rôle comme substance expérimentale semble démontrer qu'elle n'aurait pas dû sortir du champ de l'expérimentation *in animâ vili*. Je ne veux pas dire par là qu'elle ne devra jamais en sortir; je veux dire seulement que, si elle n'en était pas sortie si prématurément, ses progrès scientifiques, interrompus par les déceptions thérapeutiques que l'on sait, auraient pu grandir tranquillement à l'ombre des laboratoires et atteindre plus facilementle but que se proposait. M. Koch. « Qui va *piano* va *sano*. »

Malgré les résultats négatifs annoncés au Congrès de la tuberculose par M. Arloing, et qui semblaient être une condamnation sans appel pour la tuberculine, M. Nocard n'en a pas moins continué ses expériences sur les animaux, et les nouveaux résultats qu'il a obtenus, peut-être avec une nouvelle tuberculine de son invention, semblent dire que le diagnostic de la tuberculine, chez les animaux, peut être établi à l'aide de cette substance. Ceci est de la plus haute importance au point de vue sanitaire des abattoirs et des laiteries, car on pourra ainsi s'assurer que les animaux, dont on voudra nous faire manger la viande ou boire le lait, sont ou non exempts

FEUILLETON

CAUSERIE

Par ce temps de surexcitation, de surmenage, de *struggle for life*, à force de jouer des coudes pour faire son chemin dans la vie, on voit de temps en temps un des nôtres perdre la tête ou se la casser. Aconit ou revolver, tout est bon aux désespérés.

Il y a des suicides qui sont réellement extraordinaires par les circonstances qui les ont précédés ou accompagnés. Tout le monde se souvient encore de celui de notre malheureux confrère Bergeron; un autre, celui d'un médecin de province, n'est pas plus gai.

Quelques jours auparavant, un chanteur ambulant se présentait à la clinique de M. le professeur Potain qui, après un examen attentif, diagnostiqua une neurasthénie et formula un traitement.

Lorsque l'ordonnance fut terminée, le chanteur éclata de rire et dit au docteur stupéfait :

« Je vous remercie, mais je ne suis pas chanteur. Je suis le docteur Léon Couturier (de Saint-Etienne). » Et il sortit.

C'était, en effet, M. le docteur Léon Couturier, médecin des hôpitaux de Saint-Etienne,

de lésions tuberculeuses, même dans les cas où ces lésions sont encore très limitées. Un autre point non moins important, c'est que les injections de tuberculine n'ont aucune influence fâcheuse sur la quantité ou la qualité du lait produit ni sur l'issue de la gestation. Les propriétaires pourront donc en toute sécurité laisser les inspecteurs pratiquer sur leurs animaux les injections révélatrices. — L.-H. P.

REVUE DES CLINIQUES

Goître exophthalmique. Cirrhose atrophique avec ictère. Fausse chlorose (1), par M. le docteur Rendu. — M. le docteur Rendu a attiré l'attention, dans une de ses leçons, sur une malade atteinte de goître exophthalmique chez laquelle on observait quelques particularités cliniques très intéressantes. Il s'agissait d'une malade ayant toutes les apparences d'une tuberculeuse vulgaire, pâle, amaigrie, toussant d'une façon presque constante, chez laquelle pourtant on remarquait que la température était normale, bien que le pouls fût très fréquent. Le regard était brillant et il existait une légère exophthalmie qui eût pu passer facilement inaperçue. La maladie de Basedow était néanmoins certaine, et, fait très exceptionnel, elle durait depuis seize années.

Il n'y avait pas ici d'hérédité nerveuse, et c'est à la suite d'une violente commotion morale que les accidents ont débuté bruquement du jour au lendemain, par des palpitations violentes, de l'oppression, du gonflement du cou et divers autres accidents qui nécessitèrent aussitôt son entrée à l'hôpital, après quoi elle parut à peu près guérie.

Il est à remarquer, à ce propos, que la cause du goître, de même que celle du diabète, est rarement due à un surmenage physique, mais presque toujours à une cause morale. La frayeur et la colère en sont les causes principales, et il y a longtemps que Potain a fait la remarque que le facies de ces malades reproduit exactement l'expression de ces sentiments.

Ces phénomènes aigus ont caractérisé, chez cette femme, la première phase de la maladie. La seconde phase a duré quatorze ans; elle put alors travailler pour vivre, mais il survenait fréquemment des crises plus ou moins longues et de la tachycardie

(1) Résumé d'après le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

beau-frère de M. Varambon, ancien député du Rhône, qui avait imaginé ce moyen pour être fixé sur un état pathologique qui l'inquiétait et au sujet duquel il s'était déjà mis en traitement chez plusieurs confrères de Lyon, auxquels il avait bientôt retiré sa confiance. Depuis deux ans, il avait des hallucinations de l'odorat et croyait exsuder les ptomaïnes de la mort.

« C'est affreux, disait-il en portant les doigts à son nez, je sens la mort! »

Après son voyage à Paris, le docteur Couturier alla s'installer à Lyon, et bientôt un drame sanglant se produisait dans son domicile, où il habitait avec sa femme et un jeune enfant.

Le docteur, qui depuis quelques jours donnait des signes non équivoques de dérangement cérébral, après avoir éloigné sa domestique, a tiré deux coups de revolver sur sa femme, heureusement sans l'atteindre; puis, tournant son arme contre lui, s'est logé deux balles dans la tête et une troisième au cou. Des voisins, attirés par le bruit et les cris de Mme Couturier, ont pu se rendre maîtres du malheureux qui mourut quelques jours après.

M. Couturier, qui avait passé sa thèse en 1875 et avait 45 ans, était très estimé à Lyon, où il avait de nombreuses relations.

*
* *

On se rappelle que nous avons parlé à diverses reprises d'un charlatan arabe, Geolam Kader, se disant oculiste, qui s'était installé à Bruxelles pour y exercer son art sous la

provoquée par une fatigue exagérée du cœur. Chaque menstruation causait quelques accidents, contrairement à la règle observée par Trousseau. Il est un phénomène qui, chez elle, est resté invariable : c'est le caractère de l'oppression produite par la sensation du cœur grossi; et, de fait, dans les crises de ce genre, ainsi que Debove l'a bien constaté, le cœur se dilate probablement par le fait de paralysie vaso-dilatatrice et de parésie cardiaque.

Cette malade est donc restée valétudinaire pendant fort longtemps; mais, depuis deux ans, à mesure que les crises se répétèrent, elles étaient moins intenses; puis les troubles viscéraux sont survenus; une sensation de chaleur extrême la nuit, du tremblement, puis des crises diarrhéiques.

Cette diarrhée, très caractéristique, débute et cesse brusquement après avoir provoqué trois ou quatre évacuations séreuses, sans coliques, sans douleurs, sans cause apparente, en dehors des impressions morales. On observe souvent aussi, en pareil cas, de la lientérie, des vomissements, de l'ictère; mais ces phénomènes ont manqué ici. Enfin, après la suppression des règles qui, dans ce cas, coïncidait avec la ménopause, mais qui, chez des sujets plus jeunes, joue un rôle important, est survenue la cachexie avec de l'angoisse, de l'orthopnée et une tachycardie excessive. Ces symptômes se sont atténués sous l'influence du traitement, mais il en est deux qui ont persisté : ce sont l'arythmie et une toux des plus pénibles. L'arythmie est un phénomène qui peut faire craindre une dégénérescence cardiaque, mais le phénomène prédominant ici était la toux, quinteuse, incessante, surtout nocturne et sans expectoration. Cependant, d'après l'auscultation, il ne semblait pas qu'il y eût de lésions tuberculeuses.

La toux n'est pas un symptôme habituel de la maladie de Basedow; mais il ne faut pas oublier qu'il est des cas où elle simule absolument le début de la tuberculose. M. Rendu a observé un jeune homme qui, après du surmenage moral suivi d'une violente émotion, fut pris d'une toux incessante accompagnée bientôt d'amaigrissement ; on croyait au début d'une tuberculose aiguë, lorsqu'à la cinquième semaine le cou commença à grossir et la symptomatologie du goître exophthalmique se dessina nettement. La température, en pareil cas, est d'une grande importance pour le diagnostic différentiel; car, dans le goître, elle reste normale. Mais, lorsque cette toux survient à une période avancée, elle est plus suspecte encore, car on sait que la tuberculose en est une complication fréquente.

La particularité ici est la durée considérable de la maladie : seize années; le goître exophthalmique ne dure guère, en général, plus de cinq à six ans. En outre, les crises

---

protection des autorités, soutenues en cela par l'opinion publique. Les médecins, comme de juste, avaient protesté, mais leur protestation, considérée comme jalousie professionnelle, n'avait pas été écoutée, et, comme la pratique de l'Arabe ne brillait pas par la propreté, non seulement il ne faisait pas de bien, mais encore il faisait beaucoup de mal. Ce n'est pas impunément qu'on passe le pinceau, imbibé d'une mixture quelconque, entre les paupières de centaines d'individus malades. Aussi, la présence du charlatan arabe a-t-elle été signalée par une recrudescence d'ophthalmies granuleuses.

Tout a une fin ; le nombre des victimes s'est accru à tel point que celles-ci ont fini par émouvoir la justice. Peut-être même, ainsi que le laisse entrevoir la presse médicale belge, un magistrat aurait-il été éborgné, ce qui explique le nouveau zèle de la magistrature. Bref, le parquet de Bruxelles a lancé un mandat d'amener contre Kader. Seulement... car il y a un seulement, comme dans la pièce des *Faux-Bonshommes*, Kader a disparu, emportant le sac rempli d'écus dorés qu'il a su si habilement soustraire à la crédulité publique. Si encore un pareil dénouement pouvait nous préserver pour l'avenir des scandales du genre de celui qui a soulevé les protestations de nos confrères belges ! Mais, hélas ! ce serait une étrange illusion de croire que des faits de cette nature ne se reproduiront pas, et dans les mêmes conditions qu'à Bruxelles.

* * *

Il y a des charlatans ailleurs qu'en Belgique, et on les pince aussi quelquefois.

ont été en s'atténuant, ce qui permet un rapprochement avec la goutte, qui, dans l'intervalle de ses crises, laisse des altérations de plus en plus profondes de la santé. Cela aboutit le plus souvent à la cachexie, et les malades succombent alors, soit par le cœur, soit par les reins, soit par suite d'une maladie intercurrente dont la tuberculose est la plus fréquente de toutes.

L'ictère dans la cirrhose atrophique est encore considéré, par quelques médecins, comme si exceptionnel, que sa présence pourrait faire hésiter sur le diagnostic de cette maladie. M. Rendu faisait cependant remarquer, au sujet d'un malade de son service, que cet ictère existe environ dans le cinquième des cas. Chez ce malade, l'ictère était apparu subitement, six mois auparavant, et, depuis, s'était établi définitivement par des poussées successives. Il s'agissait d'ailleurs d'un homme jeune présentant des signes d'alcoolisme : le foie était petit, la rate volumineuse; le poumon, le cœur et les reins étaient normaux, mais il ne rendait que 15 grammes d'urée. Il n'y avait pas non plus d'ascite. Le diagnostic de cirrhose était ici très vraisemblable, malgré quelques anomalies, comme l'ictère, qui est loin d'être rare, l'état des urines qui n'avaient pas la coloration caractéristique et l'absence d'ascite. Or, l'aspect des urines, si caractéristique quand il existe, peut, dans certains cas, manquer presque totalement. Quant à l'absence d'ascite, c'est aussi un fait assez fréquent, qui s'explique facilement si l'on admet avec M. Rendu que l'épanchement est dû bien plutôt à une complication péritonitique qu'à l'obstruction des veines.

Pour ce qui est de l'ictère, on peut l'interpréter en admettant qu'il est vraisemblablement sous la dépendance d'une angiocholite profonde, intra-hépatique, analogue à celle de la cirrhose biliaire hypertrophique et qui amène une gêne de la circulation biliaire.

Si maintenant on rapproche les symptômes des lésions observées chez cet homme, on remarque que son état général est assez bon : c'est que, chez lui, la plupart des viscères fonctionnent bien, ce qui est fort important au point de vue du pronostic, car certains de ces organes pourront suppléer le foie, qui est désormais incapable de jouer son rôle dans l'élimination des matières toxiques; mais il faudrait, pour cela, que le malade renonçât à ses habitudes alcooliques.

Le traitement ne comporte pas de révulsifs sur la région du foie, parce qu'il n'y a pas là de phénomènes inflammatoires de cet organe. La thérapeutique doit surtout viser à provoquer l'élimination de la bile et sa formation plus régulière, cela au moyen des eaux alcalines, des purgatifs à petite dose, légèrement drastiques, comme 5 centigr. de

---

Il y a quelque temps, la goélette *Marguerite*, venant de Rouen, débarquait au Havre trois messieurs qui s'installèrent dans le meilleur hôtel et annoncèrent qu'ils possédaient une méthode spéciale pour la guérison radicale de la plupart des maladies abandonnées par les médecins.

Nombreux furent bientôt les clients, et le « docteur » Moron, directeur de l'Institut dynamodermique, — c'est sous ce qualificatif qu'il exerçait, — disait gravement aux malades :

— Appliquez-vous sur la peau tant de plaques dynamodermiques, et vous guérirez.

Moron remettait les plaques avec la manière de s'en servir, signant les consultations du nom de « Docteur de Montplaisir ». (Bien choisi.)

Les malades s'aperçurent bientôt que les plaques ne produisaient aucun effet. Ils portèrent plainte. Moron, qui avait déjà prudemment levé l'ancre et pris le large sur la *Marguerite*, était cité à comparaître hier devant le tribunal correctionnel du Havre, qui l'a condamné à 1,000 francs d'amende pour exercice illégal de la médecine.

Ce n'est pas la première fois que le directeur de l'Institut dynamodermique a maille à partir avec la justice. Plusieurs fois, déjà, les tribunaux belges l'ont condamné, toujours pour le même motif. Ses deux complices n'ont pas été inquiétés.

*
* *

Une des condamnations qui nous ont le plus étonné pour exercice illégal, non plus

calomel tous les deux jours. La pepsine et la pancréatine peuvent être utilisées; quant au lait, il n'est pas indiqué ici, car, ni les reins ni l'estomac ne sont atteints.

Le saturnisme est, parmi les intoxications, une des causes qui donnent le plus souvent lieu à la fausse chlorose. Chez une malade du service, âgée de 18 ans, et atteinte d'accidents qu'on rattacherait volontiers à la chlorose, M. Rendu admettait plus volontiers le saturnisme en raison de certains indices particuliers. Cette malade, compositrice d'imprimerie, et maniant par conséquent des caractères de plomb, présentait un pouls spécial, dur et fréquent, avec tension assez forte. Or, dans la chlorose, le pouls est plutôt mou et dépressible; le plomb, en effet, élève la tension artérielle; de plus, le foie était extrêmement petit, fait qui peut être caractéristique de l'intoxication saturnine. Potain a insisté surtout sur cette diminution de volume du foie pendant la colique saturnine, et on a constaté depuis qu'elle existait même en dehors de cet accident.

Enfin, les urines, au lieu d'être pâles et décolorées comme dans la chlorose, étaient plutôt foncées, et ce caractère, joint aux divers autres, permettrait de conclure au saturnisme plutôt qu'à la chlorose.

C'est là un de ces cas de fausses chloroses dont les variétés sont très nombreuses. Il y a, par exemple, des formes à type génital, et, dans ce cas, la maladie tient non pas à des troubles fonctionnels, mais à de véritables lésions, comme une ovarite ou même une vaginite souvent cachée par la malade. A cet égard, la métrite même peut s'observer chez des jeunes filles et être la cause d'accidents pseudo-chlorotiques. M. Rendu a observé dans ces conditions une jeune fille vomissant tout ce qu'elle prenait et arrivée à un véritable état d'inanition. Frappé, cependant, de l'intensité des douleurs abdominales, il apprit que, six mois auparavant, elle avait reçu une contusion du bas-ventre longtemps après laquelle les premiers accidents étaient apparus. Par un examen plus complet, il constata l'existence d'une métrite qu'il traita par des lavages antiseptiques et des attouchements du col avec le laudanum. Aussitôt que ce traitement fut institué, les accidents pseudo-chlorotiques disparurent complètement.

Les fausses chloroses d'origine cardiaque sont aussi assez fréquentes; le rétrécissement mitral, quand il est très atténué dans ses signes physiques, est une source assez grave d'erreur, car il peut revêtir absolument le masque de la chlorose; c'est ainsi que, chez une malade du service, on n'entendait de bruit cardiaque anormal qu'en lui faisant faire un exercice un peu violent avant l'auscultation.

Le goître exophthalmique est encore un des états morbides qui simulent le mieux la chlorose; et, de fait, entre une femme chlorotique un peu hystérique et une malade

---

de la médecine, mais de la pharmacie, est celle qui vient d'atteindre le docteur Raspail. Notre confrère, petit-fils de l'auteur de la méthode de traitement par le camphre, a été condamné de ce chef, par le tribunal correctionnel de Paris, à 500 francs d'amende et 200 francs de dommages-intérêts envers la Société des pharmaciens de la Seine.

Le procès intenté au docteur Benjamin Raspail est assez intéressant pour que nous en fassions l'historique avec quelque détail.

C'est la « Société de prévoyance et Chambre syndicale des pharmaciens de la Seine » qui a poursuivi, en se portant partie civile et demandant 1,000 francs de dommages-intérêts. La poursuite avait lieu par application de l'article 16 de la déclaration du 26 avril 1777 et de l'article 33 de la loi du 21 germinal an XI.

Le docteur Raspail, qui dirige, paraît-il, une droguerie rue de Lille, était incriminé : 1° d'avoir vendu des médicaments composés ; 2° d'avoir vendu directement aux clients des drogues simples en quantités destinées à l'exécution d'ordonnances et ce au poids médicinal.

Sur le premier chef : « Vente de médicaments composés », le docteur Raspail ne nie pas le fait, mais il dit avoir simplement usé d'un droit, alléguant que son catalogue de vente, sur lequel figurent toutes les substances vendues chez lui, ne comprend, comme produits préparés, que l'alcool ou l'eau-de-vie camphrée, l'eau sédative, l'huile camphrée et l'eau quadruple.

Or, ajoutait-il, le texte de l'ordonnance de 1777, qui a servi de base à la loi de Germinal, est clair et précis, et il en résulte que l'on ne peut considérer comme médicaments

atteinte de goître exophthalmique au début, la distinction est souvent bien difficile à établir. Il y a cependant un fait très important au point de vue du diagnostic différentiel, c'est que les vraies chlorotiques ont toujours froid, tandis que les malades atteintes de goître ont presque toujours trop chaud, surtout la nuit, sans que d'ailleurs cette sensation s'accompagne d'une élévation réelle de la température.

Bien d'autres conditions peuvent donner lieu à ces fausses chloroses, la dilatation de l'estomac, la constipation qui peut être la cause, comme elle est souvent l'effet, les coliques hépatiques larvées, les diverses intoxications, les lésions rénales, la leucocythémie, etc.....

Sans insister sur diverses affections, on peut dire, au point de vue du diagnostic, qu'en général, dans les fausses chloroses, les malades maigrissent, tandis que, dans la chlorose vraie, leur embonpoint, habituellement, ne se modifie guère ou même augmente plus ou moins. L'absence de souffles jugulaires est aussi un fait suspect et qui doit inspirer des soupçons sur la nature de la chlorose.

REVUE DE CHIRURGIE

Traitement chirurgical du sarcocèle tuberculeux. — Chirurgie des ventricules cérébraux.

I

A propos d'un cas de sarcocèle tuberculeux, M. le professeur Guyon a fait, dans une de ses leçons (1), une étude très intéressante de certains points de l'histoire de la *tuberculose génitale*. Cette tuberculose peut évoluer entièrement sans qu'il survienne de lésions de l'appareil respiratoire. Ce n'est que fort rarement que l'on rencontre, chez les phthisiques, la tuberculose du testicule, ou celle du rein ou de la vessie. Sur 1,317 tuberculeux pulmonaires observés à l'Institut anatomo-pathologique de Prague, 33 fois seulement les testicules étaient pris. D'après Reclus, les tuberculeux épididymaires deviennent tuberculeux pulmonaires dans la proportion de 1 sur 3. Enfin, Wilson, dans les deux tiers

(1) *Annales des maladies des organes génito urinaires*. 1891, 7.

que les préparations pharmaceutiques « entrantes au corps humain ». Dans ces conditions, aucune des préparations ci-dessus, d'ailleurs usitées dans la médecine vétérinaire, n'étant destinée à entrer dans le corps humain, elles ne constituent pas, à proprement parler, des remèdes; ces produits se vendent d'ailleurs partout, dans tous les magasins de drogueries, et, en particulier, dans une autre droguerie Raspail, située dans un autre quartier de Paris, aux su et vu des pharmaciens.

Sur le second chef : « Vente de drogues simples en quantités destinées à l'exécution d'ordonnances et au poids médicinal », le fait matériel sur lequel s'appuyait la prévention était la saisie, chez le docteur Raspail, d'une facture sur laquelle figurait un paquet de 30 grammes de quinquina vendu au prix de 75 centimes.

Le docteur Raspail allègue que, pour le quinquina, comme pour toutes les autres substances qu'il vendait, comme l'alun, l'acétate d'ammoniaque, les acides acétique, citrique, oxalique et tartrique, etc., ces substances se vendaient partout pour des usages industriels, la parfumerie, etc., et que, en ce qui concerne le quinquina, quand on le vend à la dose de 30 grammes, ce n'est pas là le poids médicinal exigé par la loi pour qu'il y ait délit.

Le tribunal n'a pas admis la défense du docteur Raspail, et voici quelques-unes des raisons invoquées dans l'arrêt qui le condamne :

Attendu que le docteur Raspail dirige une droguerie; que, dans cette droguerie, sont mises en vente un grand nombre de substances constituant des médicaments composés;

des cas de tuberculose du testicule, n'a rien trouvé aux poumons pendant l'autopsie. Sur 28 cas, M. Guyon n'a pas trouvé de lésions pulmonaires 17 fois; 11 fois il y en avait.

D'autre part, la tuberculose génitale évolue fréquemment sans atteindre l'appareil urinaire; elle y prédispose certainement, mais elle ne la donne pas quand même. Sur 222 cas de tuberculose génito-urinaire, M. Guyon a relevé 40 cas de tuberculose génitale isolée; 74 cas de tuberculose urinaire isolée; 108 cas de tuberculose génito-urinaire. Il faut observer que peu de malades viennent consulter quand l'appareil vésical n'est pas en cause et que, par suite, on voit peu le sarcocèle tuberculeux.

D'autre part, 42 autopsies faites pour tuberculose génito-urinaire ont montré, chez l'homme : 1 fois des lésions dans l'appareil génital seul; 14 fois des lésions dans l'appareil urinaire seul et 27 fois des lésions en même temps dans les deux appareils.

Si le sarcocèle tuberculeux peut rester indépendant dans son évolution de l'appareil pulmonaire et même de l'appareil urinaire, cette indépendance existe t-elle aussi relativement aux différentes parties de l'appareil génital et en particulier les organes génitaux internes peuvent-ils demeurer indemnes? Cette question est très importante au point de vue de l'intervention.

La tunique vaginale est rarement atteinte, bien que Simonds (de Hambourg) affirme le contraire.

Le testicule est le plus souvent pris en même temps que l'épididyme; Reclus l'a trouvé atteint 27 fois sur 34 autopsies. Quand il est malade, il y a toujours des lésions accentuées de l'épididyme; la prédominance des lésions de l'épididyme est incontestable et elles sont bilatérales dans le tiers des cas environ.

Peut-on admettre que la tuberculose génitale peut s'isoler dans l'épididyme, et que ce soit par elle que commence l'envahissement?

Pour M. Guyon, cette doctrine, qui est encore soutenue, n'est pas conforme à la réalité des faits. D'après lui, loin d'être isolée dans les épididymes, la tuberculose génitale n'y existe jamais seule, et c'est dans les vésicules séminales que se fait la première localisation. Cette opinion est partagée par M. Lancereaux.

L'examen clinique fait souvent rencontrer des lésions isolées de l'appareil génital interne; la localisation prostatique est fréquente chez les adolescents et les enfants. Sur 148 observations de tuberculose génitale ou génito-urinaire, le détail des lésions a été exactement noté 127 fois; quand à l'appareil génital, on a trouvé : prostate seule, prise 56 fois; prostate et vésicule, 11 fois; épididyme seul, 2 fois; tout est pris (vési-

---

Attendu qu'il a été saisi dans la même droguerie une facture énonçant notamment la fourniture, pour un prix de 0 fr. 75, d'une quantité minime de quinquina;

Que le prospectus de la droguerie contient l'énumération de toute une série de médicaments simples ou composés avec l'indication de leurs prix en petites quantités;

Attendu que le docteur Raspail reconnaît bien avoir fourni directement à ses clients les remèdes qu'ils leur ordonnait comme médecin, mais qu'il prétend ne jamais avoir livré ces médicaments au poids médicinal, laissant au malade, muni de son ordonnance, le soin de subdiviser lui-même les quantités qu'il lui vendait;

Attendu qu'il ne saurait être permis aux droguistes d'éluder par une telle pratique les prohibitions de la loi qui leur interdit le commerce des drogues simples au poids médicinal.

Par ces motifs, condamne, etc.

*
**

Un étranger, mettons un Anglais, si vous voulez, peu au courant des beautés de la langue, arrive à Lyon. Il ne voulait qu'y passer vingt-quatre heures, dîner, coucher, déjeuner, et repartir. En sortant de la gare, il aperçoit en face de lui une grande pancarte sur la façade d'une maison et ce mot en lettres majuscules : ACCOUCHEMENTS. — Accouchement, se dit-il, c'est là où l'on couche. C'est mon affaire. Et il se dirige vers la maison et demande à parler à la maîtresse.

cules, prostate, épididymes), 50 fois ; tout est pris avec doute pour la prostate, 2 fois ; tout est pris avec doute pour les vésicules, 6 fois.

Ces constatations montrent que les lésions de l'appareil génital interne sont pour ainsi dire constantes, aussi la castration primitive et préventive, lors d'un foyer constaté dans l'épididyme, est-elle de moins en moins défendue.

On n'est pas antorisé à dire à un malade, en présence de lésions de son appareil génital externe, de se laisser enlever le foyer qui paraît unique.

Un foyer tuberculeux n'est pas toujours une cause d'infection, et, jusqu'à présent, la preuve de la puissance préservatrice de sa suppression précoce est encore à faire,

Du reste, pendant une longue période, l'ablation du sarcoèle tuberculeux n'était pour ainsi dire acceptée à aucune période de son évolution. De 1830 à 1870, l'unanimité des auteurs s'est prononcée contre toute castration, primitive ou secondaire. De 1870 à l'époque actuelle, au contraire, les partisans de la castration sont devenus fort nombreux, bien que l'opération ait conservé des adversaires déclarés. Parmi ces derniers, plusieurs ont préconisé des opérations partielles ayant pour but d'attaquer et de détruire par divers moyens lss foyers épididymaires. La castration précoce est nettement préconisée par quelques-uns, acceptée sous bénéfice de certaines réserves par d'autres, par exemple à la condition que le testicule soit atteint (Reclus). La castration de nécessité est, par contre, généralement admise, même par ceux qui préconisent la castration primitive. Malgré tout, l'enthousiasme des premières heures pour la castration préventive tend à s'amoindrir, et c'est sur la question de la castration secondaire que l'accord est aujourd'hui bien près de se faire.

« Dans la question qui nous occupe, dit M. Guyon, comme dans beaucoup d'autres, la certitude des résultats opératoires et les premières révélations de la microbiologie ont fait naître des espoirs qui ne se sont pas réalisés. On ne pouvait tarder à constater que le bénéfice thérapeutique visé par l'opération précoce n'était pas obtenu et que l'on avait dépassé le but, faute de tenir suffisamment compte des enseignements de l'observation. A mesure qu'elles progressent et nous éclairent d'avantage, les doctrines microbiennes nous montrent, en effet, l'immuable valeur de tous ce qui nous vient de l'étude du malade; elles nous font voir que là est la source des indications, et que nous ne saurions trop y puiser pour arriver à des interventions vraiment fécondes. »

L'observation permet d'affirmer que l'on rend de grands services aux tuberculeux en s'attaquant aux lésions capables d'altérer leur santé. L'intervention est presque certainement efficace si elle s'exerce sur des foyers tuberculeux suppurés. L'association

---

On le conduit vers une respectable matrone à laquelle il demande une chambre. La dame le reçoit avec un gracieux sourire, le fait monter un ou deux étages et lui montra une chambre assez propre. — C'est 12 francs tout compris, ajoute-t-elle. — Aoh ! very well, madame; c'est très bien mon affaire. — Alors, faites monter votre dame. — La bonne dame croyait que l'Anglais était le mari d'une dame sur le point d'accoucher, et qui était restée en bas. — L'Anglais se croyait dans un hôtel où, pour 12 francs, on allait le nourrir et le coucher pendant vingt-quatre heures. — Vous voyez d'ici le quiproquo. Il fallut plus d'une heure pour faire comprendre à l'Anglais, qui ne savait pas plus le français que la matrone l'anglais, qu'on ne logeait dans cette maison que des dames en mal d'enfant. Peu s'en fallut qu'il n'y voulût accoucher de force.

SIMPLISSIME.

Poudre dentifrice antiseptique. — P. Vigier.

Résorcine	2 grammes.
Salol	4 —
Iris pulv.	40 —
Carbonate de chaux pulv.	8 —
Carmin n° 40	0 gr. 30 cent.
Essence de menthe	X gouttes,

F. s. a. une poudre dentifrice antiseptique. — N. G.

microbienne, lorsqu'il y a à la fois suppuration et tuberculisation, crée probablement une situation spéciale, et, en tout cas, influe d'une façon évidente sur la marche de l'infection tuberculeuse. Lorsque l'on peut modifier ou détruire un foyer tuberculeux suppuré, il s'opère souvent de véritables transformations.

Est-ce simplement à la suppresion du foyer qu'est due la préservation? Peut-on rapprocher le rôle de la chirurgie dans le cancer et dans la tuberculose? On ne peut méconnaître les avantages de l'intervention hâtive et précoce dans le cancer; mais, si la chirurgie rend d'importants services aux tuberculeux, rien ne permet de penser qu'elle ait une action sur la tuberculose. Dans certaines conditions, elle aide l'organisme à se défendre, et il faut rechercher attentivement ces conditions pour intervenir légitimement.

En résumé, M. Guyon, toutes choses égales d'ailleurs, accorde la castration aux malades atteints d'épididymite tuberculeuse suppurée; il la refuse quand l'épididymite n'a encore déterminé aucun accident; car, alors, le malade reste aussi tuberculisable qu'avant l'opération, et cette dernière n'a d'autre résultat que de supprimer tout ou partie d'un organe sans avantage appréciable.

II

M. Broca a eu l'occasion de pratiquer le drainage des ventricules cérébraux chez un enfant hydrocéphale. Il a publié (1) en même temps une observation inédite de M. Thiriar et traduit le mémoire que M. Keen a lu au Congrès de Berlin sur la chirurgie des ventricules cérébraux.

L'emploi du drainage est rationnel pour combattre les accidents de compression excentrique dus à l'hydrocéphalie intra-ventriculaire. La plupart des opérés succombent, mais le succès de M. Broca prouve que le drainage libre, avec un tube en caoutchouc, peut être très bien supporté.

M. Broca conseille de suivre le procédé de Keen : trépaner à 3 centimètres environ au-dessus et en arrière du méat auditif externe et enfoncer obliquement un trocart, en visant un peu au-dessus du méat auditif du côté opposé.

Il est très probable que l'on ne peut espérer un résultat satisfaisant que si le crâne n'est pas encore soudé, car il faut que la boîte osseuse ait assez de souplesse pour suivre le mouvement du cerveau.

L'opération de M. Broca a été faite pour parer à une contracture du membre supérieur droit; il a obtenu un résultat palliatif indéniable.

Voici le résumé des principales conclusions du mémoire de M. Keen :

1° Les lésions traumatiques des ventricules cérébraux ne sont pas nécessairement mortelles. La rupture ventriculaire, en mettant à part les cas où les désordres encéphaliques amènent la mort immédiate, semble être moins grave dans les fractures compliquées que dans les fractures simples. Ces blessures doivent être traitées par la méthode antiseptique et le drainage aseptique. S'il y a suppuration ou compression par le liquide céphalo-rachidien sécrété en excès, il faut débrider et faire le drainage libre.

2° Dans les fractures simples avec lésion ventriculaire, l'abstention est indiquée, sauf accidents menaçants. Si l'on intervient, on évacuera le liquide céphalo-rachidien lentement, en drainant avec une mèche de crin de cheval; dans la majorité des cas, on s'en tiendra à une compression légère.

3° Il faut traiter le plus rapidement possible les abcès cérébraux ouverts dans les ventricules latéraux. On recourra à la trépanation bilatérale et à l'irrigation des ventricules.

4° L'hydrocéphalie aiguë et chronique est en général mortelle.

5° Le drainage des ventricules est alors facile et n'est pas dangereux.

6° Pour les épanchements aigus, la ponction, avec ou sans drainage, sauvera certainement quelques vies. Dans les formes chroniques, il faut tenter le drainage prolongé.

7° Après ponction, il faut faire l'irrigation des cavités ventriculaires de part en part ;

(1) *Revue de chirurgie*, 1891.

l'eau ne devra contenir aucune substance dont l'absorption soit capable de provoquer des phénomènes toxiques. On emploiera le liquide cérébro-spinal artificiel ou la solution boriquée.

8° Les convulsions dues à l'écoulement trop rapide du liquide peuvent être suspendues par l'injection du liquide cérébro-rachidien artificiel ou d'un liquide inerte. On doit s'efforcer toujours d'éviter l'entrée de l'air.

9° Dans les hémorrhagies intra-ventriculaires, au moins dans les traumatiques, il est indiqué de trépaner pour aller évacuer les caillots, et on aura sans doute de la sorte quelques guérisons, à moins que l'attrition cérébrale n'existe à un degré incompatible avec la vie.

REVUE DES JOURNAUX

Styracol dans le traitement de la phthisie. (*Annuaire de thérapeutique.*) — Ce composé, que l'on propose comme devant remplacer la tuberculine, serait l'éther cinnamique du gaïacol et représenté par :

$$\begin{matrix} C^6\,H^4\,(O\,C\,H^3) \\ C^5\,H^5,\,C\,H,\,C\,H,\,C\,O \end{matrix} > O.$$

Pour le préparer, on met en présence des molécules égales de gaïacol et de chlorure de cinnamyle, et, après deux heures, on chauffe le mélange, pendant peu de temps au bain-marie. La masse est ensuite traitée par l'alcool bouillant; on filtre et on obtient par refroidissement le styracol sous forme de longues aiguilles qui, après purification et cristallisation dans l'alcool, fondent à 130 degrés.

Ce composé serait un puissant antiseptique, arrêtant la fermentation, la putréfaction, cicatrisant les plaies, les ulcères. Il serait fort utile, administré à l'intérieur dans les catarrhales chroniques de la vessie, de l'estomac, la blennorrhagie, les affections catarrhales de l'intestin. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 14 novembre 1891. — Présidence de M. Leudet.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La Société reçoit, outre les journaux et revues, les *Annales de l'Académie de médecine de Rio-de-Janeiro*, 1890-1891.

M. Perrin : J'ai l'honneur de déposer sur le bureau, et à titre d'hommage à notre Société, de la part de M. le professeur Thiry, l'un de nos membres correspondants étrangers, deux exemplaires d'un discours prononcé par lui, dans les séances du 30 mai et 27 juin 1891, de l'Académie royale de médecine de Belgique, sur : *La dilatation forcée de la matrice dans la pelvipéritonite et le curettage de l'utérus.*

Dans son discours, M. Thiry, fort d'une longue et vieille expérience, s'élève contre les empiètements de la médecine opératoire, de jour en jour plus nombreux, dans le traitement des organes génito-urinaires de la femme, et le *sans gêne* avec lequel nos néo-gynécologistes font à peu près fi des médications les plus rationnelles, dont le temps et l'expérience avaient sanctionné les avantages et les succès. Il s'élève, en particulier, contre l'abus du curettage dans la plupart des endométrites; et, avec Récamier et depuis avec tous les véritables praticiens, il ne l'admet que dans certaines formes franchement chroniques, fongueuses ou végétantes.

Il critique également la facilité avec laquelle nos chirurgiens pratiquent aujourd'hui la laparotomie, dite exploratrice. Il y a, en effet, à notre sens, une question de déontologie

professionnelle, je dirai plus, de moralité générale, sur laquelle il serait bon, peut-être, de fixer les idées, et surtout d'éclairer, en la rassurant, la conscience du médecin de la famille.

Aussi, verrions-nous avec un réel intérêt, une Société comme la nôtre, aborder une question aussi délicate. La Société de médecine de Paris renferme, à coup sûr, dans son sein, toutes les compétences voulues pour la résoudre conformément à une maxime proclamée par une autre Société dans cette enceinte même, et qui est également la sienne : « Vérité dans la science, moralité dans l'art. »

— M. Wickham fait une communication sur le *traitement de la cystite aiguë blennorrhagique par l'essence de santal.* (Sera publiée.)

M. Dubuc : Je ne connaissais pas, avant l'intéressante lecture de M. Wickham, cette propriété du santal. Il résulte cependant, de ce que nous venons d'entendre, que le santal n'a pas la même efficacité que l'instillation du nitrate d'argent qui, à la dose de 1/50e, a une action vraiment héroïque, et, au prix d'une souffrance passagère, guérit rapidement.

M. Wickham : C'est ce que je n'ai pas manqué de faire remarquer. Seulement, quand, pour une raison ou une autre, on ne peut pas faire l'instillation du nitrate d'argent, il est bon de recourir au santal.

M. Polaillon : Les doses, dont parle M. Wickham, 12 à 16 capsules, de 0 gr. 40 chacune, me paraissent exagérées. Le santal associé au salol m'a paru donner de bons résultats, mais je ne prescris le santal qu'à la dose de 1 gramme.

M. Desnos : Dans les cystites aiguës, les balsamiques, et notamment le copahu et le santal, m'ont donné des résultats absolument contraires à ceux annoncés par M. Wickham : ils n'ont fait qu'aggraver les symptômes et provoquaient souvent des hémorrhagies. Peut-être y a-t-il, dans certains cas, des contre-indications spéciales? Le salol et le salicylate de soude (4 à 5 grammes), au contraire, m'ont paru réussir très bien.

M. Fraigniaud : Y a-t-il plusieurs espèces de santal?

M. Dubuc : Il y a du santal plus ou moins pur. Le véritable santal est fort cher.

M. Delefosse : Je crois ne pas faire erreur en attribuant à Diday la réflexion suivante : « Autrefois, le copahu guérissait; aujourd'hui, il ne guérit plus. » Il me semble qu'il en est de même du santal, et c'est à la difficulté que l'on a de s'en procurer à l'état de pureté qu'on doit attribuer les inégalités des résultats obtenus.

En somme, ce qui ressort du travail de M. Wickham, c'est que les instillations de nitrate d'argent ne constituent pas une mauvaise médication et que le traitement par le santal est surtout indiqué lorsque le praticien n'a pas l'habitude du cathétérisme. Suivant moi, lorsqu'il n'y a pas tuberculose sous roche, les instillations argentiques sont un mode thérapeutique de beaucoup supérieur; avec le santal, j'ai eu, comme M. Desnos, des insuccès et je les attribue en grande partie à la mauvaise qualité du médicament. Aussi, à ma clinique gratuite, j'ai renoncé complètement à l'emploi du santal, lequel n'a chance d'être efficace que si il est payé très cher.

De plus, le repos au lit ne peut-il pas être invoqué comme cause de sédation et disparition des symptômes de la cystite aiguë blennorrhagique? J'avoue que l'on doit tenir grand compte de ce facteur. Ce qu'il y a d'évident, c'est qu'en cas d'impossibilité de faire des instillations, je recommande avec succès les grands bains, le repos au lit, les suppositoires belladono-morphinés. Quant au salicylate de soude, vanté ces derniers temps, je n'en ai pas encore fait usage et ne puis, par conséquent, me prononcer sur ses effets.

M. Wickham : Il n'y a pas de bonne règle sans exception. Les instillations de nitrate d'argent ne réussissent pas toujours; le copahu et le cubèbe ont quelquefois donné des résultats déplorables. Dans les conditions où j'ai observé, le santal a produit les meilleurs effets.

M. Desnos : Quand les instillations de nitrate d'argent échouent, c'est que le sujet est tuberculeux ou en passe de le devenir.

M. Duroziez : La dose de 4 à 5 grammes de salicylate de soude me paraît exagérée et dangereuse.

M. Delefosse : Que M. Duroziez se rassure; cette dose est même faible. Dans un travail récent d'un médecin militaire, dont le nom m'échappe, le salicylate de soude est vanté comme un remède excellent dans la blennorrhagie, mais à la condition qu'il sera administré à la dose de 6 grammes au minimum, de 12 grammes au maximum, et cela pendant plusieurs jours.

— M. J. Dubrisay lit une *note sur l'influence des bains de mer et de l'atmosphère marine sur la tuberculose cérébrale chez les enfants*. (Sera publiée.)

M. Gillebert-Dhercourt : Je suis absolument de l'avis de M. Dubrisay. Les bains de mer et le séjour dans l'atmosphère marine sont souvent défavorables; il est facile de les remplacer par l'altitude et par les eaux chlorurées chaudes, qui, dans ma clientèle, m'ont donné d'excellents résultats.

M. Besnier : Ce n'est pas seulement sur les enfants menacés de méningite que la mer exerce une fâcheuse influence, il en est encore ainsi des nerveux, des choréiques, des hystériques. Pour tous ces malades, le séjour sur les bords de la mer doit être déconseillé.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

COURRIER

La variole en Allemagne. — Il s'est produit, en 1889, dans tout l'empire d'Allemagne, 200 cas de mort par variole. Ce chiffre dépasse de 88 celui de l'année précédente ; cet accroissement de mortalité est dû à l'épidémie de variole qui a sévi à Posen et aux environs. Près de la moitié de ces cas mortels (44 p. 100) ont été constatés dans cette province.

On a constaté 157 morts par la variole en Prusse, 29 en Bavière, 7 en Saxe, 2 dans le Grand-Duché de Bade, 2 dans la Hesse, et 3 en Alsace-Lorraine. La plupart de ces décès proviennent des provinces frontières, et particulièrement de celles qui avoisinent la Russie et l'Autriche; les provinces intérieures n'ont fourni que 12 décès.

Cette statistique fait bien ressortir les heureux effets de la vaccination obligatoire. Il est à remarquer que 78 de ces décès se sont produits chez des enfants au-dessous de 2 ans et non vaccinés, et que 68 autres ont été constatés chez des individus âgés de plus de 30 ans, que leur âge avait soustrait aux obligations de la loi de 1875 sur la vaccination.

(*Bull. méd.*)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bouchut, professeur agrégé à la Faculté, médecin honoraire de l'hôpital des Enfants-Malades, médecin en chef des maisons d'éducation de la Légion d'honneur.

Nous envoyons à son fils, notre excellent confrère le docteur Fernand Bouchut, l'expression de nos regrets les plus sympathiques.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Hôpital de la Charité. — Professeur Duplay.

Les résultats des opérations exploratrices (1).

Messieurs,

Il est évident que, parmi les faits que je vous ai cités dans la dernière leçon, un certain nombre doivent être éliminés ; cependant, il en reste au moins la moitié d'authentiques. Il convient donc de chercher comment on peut les expliquer.

Pour arriver à se rendre compte du mécanisme de la guérison, White a examiné les différents facteurs qui ont pu agir sur la totalité des cas et a divisé ces facteurs en quatre classes :

1° Anesthésie;
2° Diminution de la pression supportée par les organes ;
3° Influences psychiques;
4° Actions réflexes.

Je n'insisterai pas sur l'action de l'anesthésie, qu'elle ait été pratiquée avec le chloroforme ou avec l'éther. En effet, White a traité des épileptiques par des inhalations d'éther et de chloroforme, et non seulement il n'y a pas eu d'amélioration, mais l'état des malades s'est aggravé.

La diminution de la pression ou de la tension peut être invoquée lorsque, dans une laparotomie, il y a écoulement du liquide ascitique en assez grande quantité. La pression se modifiant dans tout l'abdomen, il y a des changements circulatoires dans tous les organes. Ils se congestionnent, ainsi qu'il est facile de le voir pendant l'opération. Bien que le contact de l'air joue probablement un rôle dans cette congestion, il est présumable que le changement de la pression a une grande importance. Dans certains cas de trépanation, il peut aussi y avoir des changements dans la tension du liquide céphalo-rachidien. Cependant, on ne peut admettre, comme le disent quelques auteurs, qu'il y ait une pression intra-cranienne augmentée dans l'épilepsie, car le fait est loin d'être prouvé. En réalité, ladiminution de la pression n'est bien établi que dans une catégorie de cas. D'autre part, on a vu des tumeurs abdominales, des péritonites tuberculeuses guérir après la laparotomie, sans qu'il y ait eu écoulement de liquide. On ne peut donc pas dire que les changements de tension expliquent tous les faits de guérison.

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 26 novembre 1891.

Les influences psychiques ont certainement une très grande importance. Il est évident que, quand il s'agit de maladies imaginaires ou simulées, elles peuvent expliquer la guérison. Mais il est probable qu'elles agissent aussi dans des cas de tumeurs, de péritonite tuberculeuse, d'épilepsie. Beaucoup de malades, lorsqu'il s'agit de leur faire une opération aussi effrayante que la laparotomie, éprouvent de très vives émotions, et ces émotions acquièrent parfois une intensité considérable. Peuvent-elles exercer une action certaine? Cela revient à rechercher si réellement les influences psychiques ont une action sur le corps et, si on dit avec raison que le physique agit sur le moral, il est non moins vrai que le moral agit sur le physique. Les exemples de ce fait sont excessivement nombreux. Les phénomènes les plus connus, dans cet ordre de faits, sont les guérisons qui se produisent à Lourdes; bien souvent, il s'agit de maladies nerveuses, mais souvent aussi d'affections réelles sur lesquelles agit la foi profonde des malades. La plupart des guérisons obtenues par les homœopathes rentrent dans cette catégorie.

L'influence du moral s'exerce le plus habituellement sur deux ordres de phénomènes : les phénomènes de sensibilité et ceux de sécrétion qui peuvent subir des modifications très rapides. Tout le monde a entendu parler de la diarrhée des jeunes soldats et beaucoup d'entre vous connaissent la diurèse des concours. Il semble que, dans les conditions normales, il doive y avoir un équilibre parfait entre le cerveau et le système du grand sympathique. Si, sous l'influence d'une émotion, le cerveau lance un afflux plus considérable, le grand sympathique est déprimé; si, au contraire, c'est le cerveau qui s'annihile, le sympathique prédomine.

Du reste, certains faits montrent l'influence du système nerveux sur les éléments anatomiques, indépendamment de toute action exercée sur le système vasculaire, et il peut se produire des troubles du côté de la peau sous l'influence des émotions morales vives. Leloir a montré qu'il pouvait y avoir des anémies, des inflammations, des troubles de nutrition non en rapport avec la circulation à la suite d'une simple action nerveuse. Cependant, ces faits sont difficiles à établir entièrement, car on ne peut guère arriver à montrer l'absence de toute action vasculaire.

Cliniquement, on peut observer une décoloration des cheveux et de la barbe en quelques heures. Les cheveux de Marie-Antoinette devinrent tout blancs dans la nuit de Varennes. J'ai eu occasion d'observer un fait à peu près identique. Pendant mon internat, une fille de 20 ans entra dans le service pour des brûlures ; elle s'était réveillée au milieu de la nuit, entourée de flammes, un flambeau ayant mis le feu aux rideaux de son lit. Or, elle avait les cheveux gris et racontait qu'ils s'étaient décolorés subitement à la suite de sa frayeur. Mon collègue Laborde et moi, nous fîmes une enquête qui nous conduisit dans un pensionnat de la Halle aux blés où on se livrait à des exercices qui n'avaient rien de littéraire; là, nous apprîmes que la malade ne se teignait pas les cheveux et que, par conséquent, son récit était vrai.

Lister a fait des observations directes sur les cellules pigmentaires et a montré que, sous des influences nerveuses, en dehors du système vasculaire, il pouvait y avoir des changements de coloration de ces cellules.

Tous ces faits nous conduisent à admettre qu'il peut y avoir, sous des influences nerveuses, des changements dans la nutrition des tumeurs, des modifications chimiques régressives pouvant amener la guérison.

Le dernier argument que je ferai intervenir pour prouver l'influence du

système nerveux sera tiré des faits de l'hypnotisme. White admet que la suggestion a certainement des effets curatifs ; ces effets ont certainement été exagérés, mais il reste cependant des observations certaines. On a vu la suggestion amener des hémorrhagies nasales abondantes, faire gonfler la muqueuse pituitaire sous les yeux du médecin, de telle façon que la respiration par le nez devenait impossible. Chez une de ses malades, Delbeuf (de Liège) fit sur chacun des bras une brûlure à l'aide d'un caustique, les deux brûlures étant parfaitement égales ; puis il suggéra à sa malade qu'elle devait guérir très rapidement à gauche et beaucoup plus lentement à droite. Et, en effet, du côté gauche, la guérison survint dix jours plus tôt que du côté opposé et l'eschare tomba sans presque suppurer.

Je veux vous dire un mot d'un fait personnel. Vous connaissez tous la coxalgie hystérique et vous savez, de plus, que, lorsquelle arrive à un certain degré, il finit par se produire des lésions secondaires dans les tissus péri-articulaires ; souvent alors, pour redresser le membre, il faut rompre des adhérences véritables ; or, j'ai vu un cas arrivé à ce degré, qui fut guéri par la suggestion hypnotique.

On peut admettre, il me semble, que le système nerveux a une action plus ou moins directe sur les éléments anatomiques et peut modifier réellement des lésions préexistantes.

L'acte opératoire entraîne certainement une action réflexe qui résulte aussi du contact de l'air. C'est surtout Lawson Tait qui a insisté sur ce point. L'action réflexe, au point de vue de l'action du particulier sur le général, n'est pas douteuse. Verneuil a démontré qu'un traumatisme léger, un choc accidentel pouvaient entraîner des modifications considérables dans toute l'économie et agir surtout sur les organes de moindre résistance. C'est ainsi qu'un trauma insignifiant, chez un rhumatisant ou un goutteux, peut provoquer un accès de goutte intense. Dernièrement est entré dans nos salles un homme atteint d'une brûlure du dos de la main et de l'avant-bras qui, de plus, a eu une gingivite peu après son arrivée à la suite d'une friction par un onguent mercuriel ; or, ce malade, qui, auparavant, était à peu près bien portant, a été pris d'accidents des plus graves du côté des reins et du cœur, et il est probable qu'il restera souffrant pendant plusieurs mois. Cette action réflexe qui agit pour produire des modifications morbides peut aussi agir pour produire des modifications conduisant à la guérison. L'observation de maladie de la moelle, publiée par White, et que je vous ai apportée dans ma dernière leçon, prouve bien l'influence considérable de l'action réflexe.

Ce qui rend les faits dont je viens de vous parler admissibles, c'est que les cas de guérison de tumeurs ou de péritonite, sans traitement ou par un simple traitement médical, ne sont pas des exceptions absolues. En effet, on a pu observer la disparition des symptômes les plus nets de la péritonite tuberculeuse. On a vu disparaître des myxomes, des tumeurs fibreuses, des sarcomes et même des carcinomes. C'est ainsi que j'ai vu disparaître des tumeurs ganglionnaires que tout le monde regardait comme du cancer. Dans certains cas, l'examen histologique avait montré la nature maligne de la tumeur et cependant la guérison est survenue.

On peut tirer de tout cela une conclusion pratique ; puisque, sous l'influence d'une simple opération exploratrice, on voit guérir des affections que l'on regarde comme incurables, il ne faut pas reculer devant cette opé-

ration, que l'antisepsie nous permet de faire sans danger et qui peut amener des résultats aussi inespérés.

REVUE DES CLINIQUES

Le lipome télangiectasique veineux, par le docteur E. SCHWARTZ (1). — Je veux parler aujourd'hui d'un cas relativement assez rare, puisque, même dans les Bulletins de la Société anatomique, je n'en ai trouvé qu'un nombre fort restreint d'analogues. Notre malade est une jeune femme de 33 ans, sans aucun antécédent héréditaire ou personnel d'intérêt quelconque. C'est à l'âge de 10 ans qu'elle s'aperçut de la tumeur qui va nous occuper, tumeur dont le volume ne dépassait pas alors celui d'une petite fève, et qui n'était même pas appréciable à la vue. Dans ces quatre ou cinq dernières années, ce volume s'est très modifié, en même temps que survenaient des crises douloureuses, coïncidant avec l'apparition des règles, et qui, partant du côté interne du coude, s'irradiaient dans les deux derniers doigts. Pendant ces crises, qui durent parfois une quinzaine, la peau, au niveau de la tumeur, est très hyperesthésiée, surtout au froid; la chute sur elle d'une goutte d'eau froide détermine une exacerbation tout à fait insupportable. Notons encore que, pendant les crises, la tumeur durcit.

La jeune femme est entrée dans notre service le 28 juillet dernier, et nous avons constaté que sa tumeur présentait les caractères suivants : située à la partie postéro-externe du coude, elle est bilobée, avec un lobe externe et l'autre interne, ce dernier un peu plus volumineux. La peau est violet foncé, comme s'il y avait au-dessous une ecchymose; mais le palper fait vite reconnaître que la coloration tient dans la tumeur à des éléments bien limités, à quelque chose n'ayant rien à faire avec un épanchement sanguin.

La consistance est particulière : molle, mais avec des points très durs et une lobulation très analogue à celle d'un lipome; la peau n'est, du reste, nullement adhérente, et la masse est parfaitement mobile sur les parties profondes.

J'insiste sur la réductibilité partielle évidente, mais d'un tiers du volume environ, par conséquent sans disparition totale. A la pression, pas de douleurs, sauf au niveau du lobe interne; la sensation alors éprouvée n'a, du reste, rien à faire avec les crises dont nous parlions tout à l'heure. En serrant fortement le bras au-dessus de la tumeur, on voit qu'elle devient plus dure et plus consistante; enfin, point intéressant, à aucun moment elle ne bat.

En dehors de sa tumeur, la jeune femme est absolument bien portante. Elle n'éprouve que quelques douleurs dans le bas ventre, symptôme probable de métrite, et, bien entendu, sans aucun rapport avec l'affection actuelle.

Nous ne pouvons avoir affaire qu'à un lipome, à un angiome ou à une combinaison des deux. Or, ce n'est pas du lipome pur, malgré la lobulation et les variétés de consistance; ce n'est pas un angiome pur, sous-cutané, qui serait complètement réductible. La vérité, c'est qu'il s'agit d'un lipome angiomateux ou télangiectasique. Je dis : lipome angiomateux, et non angiome lipomateux, car, dans la dénomination d'une tumeur, on doit mettre en tête le nom de l'élément le plus important ou qui paraît s'être développé le premier. Or, il n'y a pas eu de tache érectile précurseur; il y a eu une première période d'évolution fort lente, aujourd'hui le lipome paraît bien constituer les deux tiers de la masse. Je dis donc lipome télangiectasique. De plus, d'après les résultats de la constriction au-dessus de la tumeur, la couleur de la peau, l'absence de battements, je pense que l'élément vasculaire est constitué par des veines, et je dirai qu'il s'agit d'un lipome télangiectasique veineux.

En face d'une tumeur plus largement érectile, nous aurions pu penser à quelques-unes des méthodes applicables aux angiomes. Ici l'ablation s'imposait; elle a été très facile. C'est sans peine que nous avons séparé la tumeur de la peau et des parties pro-

(1) Résumé d'après la *Tribune médicale*.

fondes, sans qu'il y ait de capsule proprement dite, la graisse du lipome se continuant avec celle du tissu sous-cutané qui ne s'en distinguait que par sa blancheur très tranchée. Nous avons, du reste, trouvé un pédicule supérieur et un inférieur, en rapport avec les veines de la partie interne de l'avant-bras. Nous avons lié ces deux pédicules. Il y a eu, cependant, quelques heures après le pansement, un léger suintement sanguin, qui ne s'est pas renouvelé.

Le lipome peut se présenter sous deux formes : encapsulée, diffuse; il peut, de plus, se transformer de diverses façons; se combiner avec du tissu fibreux et constituer alors le fibro-lipome; la tumeur est parcourue par des travées lui donnant une consistance tout à fait spéciale. Dans le myxo-lipome, les ilots paraissent séparés par du tissu muqueux; la tumeur est alors molle, pseudo-fluctuante, et souvent on est obligé de faire une ponction pour savoir s'il s'agit d'une masse liquide ou solide. Enfin le lipome peut se transformer en angio-lipome.

Je n'ai trouvé de cette variété que des observations fort rares et des descriptions bien insuffisantes. Dans les Bulletins de la Société anatomiques, il en existe trois cas : deux fois même il s'agit d'un angiome avec très peu de lipome; le troisième cas appartient à Gosselin. En 1842, il présenta un lipome de la paroi abdominale enlevé par Blandin, et qui, dit-il, avait en quelques points les caractères d'une tumeur érectile, En 1858. Nélaton, dans une clinique publiée par le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. cite un malade porteur d'un lipome qui présentait les caractères suivants : légère réductibilité, qui ne faisait pas disparaître la lobulation lipomateuse, couleur bleutée par place. L'examen anatomique ne fut malheureusement pas fait.

Sur notre pièce, vous constatez, à la simple vue, qu'il s'agit d'un lipome en plaque, d'environ 8 centimètres sur 5. Les pédicules veineux sont très faciles à voir, et il en part une multitude de veines, présentant çà et là des dilatations ampullaires, du volume d'un grain de mil à celui d'une groseille, contenant des dilatations phlébolithiques qui donnent à la masse une consistance irrégulière très spéciale. Au niveau de ces ectasies, les parois veineuses présentent une transformation scléro-graisseuse, portant surtout sur la tunique moyenne, et très analogue à ce qu'on trouve dans les varices des membres inférieurs.

Ces faits expliquent très bien la réductibilité partielle de la tumeur, sa coloration, ses nodosités. Nous n'avons pas trouvé la raison des crises douloureuses, mais peut-être un examen plus complet au niveau des pédicules vasculaires fera-t-il trouver là des filets nerveux comprimés par les éléments de la tumeur, surtout par les veines dilatées. Peut-être même trouvera-t-on de petites varices des nerfs comme aux membres inférieurs. Pour les varices de ceux-ci, le fait est connu, et je l'ai constaté dans un cas où la station debout déterminait des douleurs atroces. Il s'agissait d'un homme atteint de varices et d'une tumeur variqueuse de la face interne du genou. L'extirpation de cette tumeur, située sur le trajet de la saphène interne, nous permit de constater qu'elle était traversée par un nerf dont la résection amena la disparition complète de tous les phénomènes douloureux.

En somme, nous avons eu affaire, dans le cas actuel, à un lipome télangiectasique veineux caractérisé par la présence, au point de vue clinique, des signes du lipome auxquels se surajoutent, pour lui donner une physionomie spéciale, ceux de l'angiome veineux; à noter ces crises douloureuses qui, à elles seules, nécessitaient une intervention radicale.

BIBLIOTHÈQUE

Traité théorique et pratique du massage, par le docteur G. Norström, 2e édition 1891. Lecrosnier et Babé.

Nous avons rendu compte de la première édition de cet ouvrage, parue en 1884. Depuis cette époque, l'étude du massage a fait d'incontestables progrès. Des médecins honorables et instruits ne considèrent plus le massage comme indigne d'eux; d'anciens

internes des hôpitaux l'appliquent avec succès. On masse un grand nombre d'affections chroniques des articulations; on masse les fractures, chose ignorée il y a quelque temps à peine; on masse une foule de maladies locales et d'organes qui ne s'y attendaient guère.

M. Norström a joué un rôle honorable dans cette extension d'une méthode qui est bien établie maintenant; il a été un de ses premiers avocats et l'a défendue à une époque où elle était tenue en suspicion ou rejetée.

La seconde édition de son livre diffère notablement de la première; sept années d'expériences ont rendu l'auteur plus confiant, plus affirmatif sur bien des points. Il sacrifie des chapitres entiers, pour donner des faits nouveaux avec leur interprétation; il cherche à présenter, au lieu d'un « livre d'exposition », un travail aussi personnel et aussi original que possible. Les modifications apportées à l'ouvrage en augmentent certainement l'intérêt, et nous autorisent à en recommander la lecture aux médecins qui désirent s'initier à la pratique du massage.

REVUE DES JOURNAUX

De la présence de l'acétone dans l'urine des aliénés, par les docteurs J. de Boeck et A. Slosse. (*La Clinique,* 1891.) — *Conclusions :*

1° Lorsque l'on veut constater dans les urines la présence de l'acétone, il faut les récolter avec les plus grandes précautions. Elles doivent être conservées en flacons bien bouchés et exactement remplis, ou mieux être utilisées immédiatement.

2° La réaction iodoformée de Lieben est de toutes les réactions proposées celle qui convient le mieux à déceler de très minimes quantités d'acétone. On peut aussi avoir recours à la réaction de Gunning. Là où ces deux réactions auraient échoué, toutes les autres sont superflues.

3° La réaction au perchlorure de fer n'a aucune valeur pour déceler l'acétone, elle est caractéristique de l'acide diacétique.

4° Il y a une acétonurie physiologique. Son importance dépend de la richesse de l'alimentation en substances azotées. La constatation d'une petite quantité d'acétone dans l'urine des aliénés n'a donc aucune signification pathologique.

5° La quantité d'acétone contenue dans l'urine n'est pas en rapport avec l'état psychique du malade (dépression, agitation, peur, hallucination).

6° La quantité d'acétone augmente considérablement pendant l'inanition; il est utile de commencer l'alimentation artificielle lorsque, chez l'aliéné qui refuse de manger, la quantité d'acétone urinaire augmente dans de grandes proportions. — P. N.

Le traitement de la chlorose par la saignée et par les diaphorétiques, par le docteur Schubert. (*Revue de thérapeutique générale et thermale,* 1891.) — On a préconisé, dans ces derniers temps, l'emploi des émissions sanguines dans le traitement de la chlorose. Ce traitement semble paradoxal de premier abord, et c'est l'idée que s'en était faite l'auteur. Cependant, M. Schubert avait eu plusieurs fois l'occasion de constater une amélioration franche chez les chlorotiques à la suite d'un saignement du nez ou d'une gastrorrhagie. Lorsqu'il eut pris connaissance des écrits de Dyes et de Wilhelmi, sur cette question de thérapeutique, l'idée lui vint d'expérimenter les émissions sanguines dans le traitement de la chlorose, et il a été bientôt surpris des résultats obtenus. M. Schubert est convaincu qu'avant peu de temps, le traitement de la chlorose par les petites saignées sera généralement adopté par les médecins.

L'auteur a rappelé que, parmi les médecins de notre époque, Dyes a été le premier à remettre ce traitement en honneur. Ayant été mandé auprès d'une dame en état de chlorose grave, dont on attendait la mort d'une heure à l'autre, Dyes, après bien des hésitations, se décida à lui tirer d'une veine 90 grammes de sang. L'effet fut frappant; au bout de quelques jours, la dame était comme régénérée; après environ cinq semaines de traitement, elle avait repris une mine florissante et, dans la suite, elle a donné le jour à quatre enfants.

Wilhelmi a publié un travail dans lequel il relate 30 cas de chlorose traités par les émissions sanguines. Il est arrivé à cette conclusion que, plus la chlorose se manifeste dans sa forme typique, plus l'indication de la saignée est formelle et plus aussi l'efficacité de son emploi est frappant.

Enfin, tout dernièrement, un médecin de Brême, M. Schultz a vanté l'emploi des diaphorétiques dans le traitement de la chlorose, traitement qu'il expérimente depuis une vingtaine d'années déjà, combiné avec les laxatifs et les émissions sanguines. Il constate que la saignée rend des services considérables dans le traitement de la chlorose; elle fait disparaître avec une grande rapidité les troubles subjectifs présentés par les malades. Wilhelmi estime à 1/3 de gramme par kilogramme de poids corporel la quantité de sang à tirer. Dyes et Schulz l'évaluent à 1 gramme. Après la saignée, les chlorotiques doivent rester couchées pendant vingt-quatre heures ou quarante-huit heures. On leur fera absorber des boissons acidulées, et on les laissera manger à leur volonté. Les effets consécutifs sont, d'après M. Schubert : des sueurs abondantes, une sensation de faim, le sommeil, un état de bien-être.

Dans les cas de chlorose pure, les résultats thérapeutiques sont toujours satisfaisants. Quand la chlorose se développe sur un terrain névropathique, c'est tout au plus si on obtient des améliorations. Jamais le traitement n'entraîne de suites fâcheuses. Au moment de la saignée, la malade devra être couchée dans un lit. Immédiatement après on favorisera la diaphorèse. — P. N.

SOCIÉTÉS SAVANTES DES DÉPARTEMENTS

Sociétés de Bordeaux (1er semestre 1891).

M. F. Lagrange a rapporté une observation intéressante de *corps étranger métallique de l'œil*. Le malade avait été frappé par un fragment d'acier sur l'œil gauche. La plaie oculaire existant, la question était de savoir si le corps étranger avait pénétré. M. Lagrange se rappela les expériences de Widemann, de Thompson et de Gérard dont parle Coppez dans son rapport à la Société française d'ophthalmologie, sur l'intervention chirurgicale dans les corps étrangers de l'œil. Les appareils imaginés par ces auteurs se composent essentiellement d'un jeu très délicat d'aiguilles astatiques qui, approchées d'un œil contenant un fragment de fer ou d'acier, oscillent vers le corps étranger et décèlent sa présence. N'ayant pas les appareils, M. Lagrange plaça contre l'œil une boussole bien orientée, reposant sur une surface en bois, de telle sorte qu'entre le corps vitré de l'œil incriminé et la pointe de l'aiguille, il n'y eût pas plus de 2 centimètres de distance. Le malade avait été dépouillé de tous les corps métalliques qu'il pouvait avoir sur lui et il n'y avait aux environs rien qui pût troubler le jeu de l'aiguille aimantée. Cependant l'aiguille n'oscilla pas. Comme un épanchement de sang dans la chambre antérieure empêchait l'exploration de l'œil, le doute persista sur la présence ou l'absence du corps étranger; cependant des accès de douleur que n'amendèrent que passagèrement l'arrachement du nasal externe forcèrent à faire l'extirpation de l'œil, et l'on y trouva un morceau de fer rectangulaire, irrégulier, tranchant par une arête, du poids de 0 gr. 90. Les appareils de précision sont donc nécessaires, dans certains cas, pour le diagnostic des corps étrangers oculaires. Ce corps, s'il est entré aseptique dans l'œil, peut y séjourner plusieurs semaines sans déterminer d'autres accidents que des phénomènes douloureux sans infection, sans panophthalmie.

M. Ferré a étudié la *transformation du sucre de canne dans l'estomac*. Pour lui, le suc gastrique, débarrassé des actions que peuvent exercer les aliments, transforme le sucre de canne en sucre réducteur : 1° parce qu'il contient des acides minéraux; 2° parce qu'il contient des ferments agissant sur la saccharose. Ces ferments n'existent pas dans la muqueuse à jeun; mais ils existent sur la même muqueuse ou bien dans la cavité stomacale pendant la digestion. Ils sont produits, soit par des levures, soit par des microbes, ou mieux, d'une manière générale, par les éléments générateurs de sucres ou tout autre

ferment réducteur entraînés avec les aliments (aspergilli, etc.). A l'état de digestion, la muqueuse stomacale contient des ferments transformant le sucre de canne, et ils semblent imprégner la muqueuse. Donc, à jeun, pas de ferment déterminant l'hydratation de la saccharose dans l'estomac ; en pleine digestion, au contraire, existence de ce ferment.

MM. Bitot et Lamacq ont présenté un cas de *syringomyélie* remarquable par diverses particularités. Il y avait hémiatrophie droite de la langue, hémiparésie des membres du même côté. De plus, le pied était déformé en arc de cercle. Pour MM. Bitot et Lamacq, les signes essentiels de la syringomyélie sont : 1° la production de troubles trophiques au niveau des mains et des doigts, spécialement sous forme de panaris analgésiques et déformants ; 2° la dissociation de la sensibilité aux divers modes d'excitation. Comme dans leur cas, cette dissociation peut ne se produire qu'un peu tardivement.

MM. W. Dubreuilh et B. Auché ont fait l'étude bactériologique de la *broncho-pneumonie de la diphthérie.* Sur cinq cas de broncho-pneumonie étudiés à ce point de vue, trois fois ils ont trouvé les bacilles de la diphthérie dans toute la hauteur de l'arbre bronchique, dans la trachée, dans les grosses bronches, les dernières ramifications bronchiques et le parenchyme du poumon hépatisé, et ce n'est cependant que dans un cas que la muqueuse présentait des fausses membranes visibles à l'œil nu ; les bacilles diphthériques diminuaient d'abondance dans le parenchyme, où il n'était pas possible de démontrer leur présence par l'examen microscopique seul. Jamais ils n'étaient isolés ; ils étaient dans tous les cas associés à d'autres microbes dont la présence dans les broncho-pneumonies est bien connue depuis longtemps. Ils étaient associés : deux fois au streptocoque pyogène, une fois au pneumocoque de Frænkel et Weichselbaum. Dans les deux autres cas, les cultures n'ont fait trouver ni dans les bronches ni dans le parenchyme pulmonaire des bacilles diphthériques ; mais on y trouvait en grande abondance le streptocoque pyogène, associé une fois au staphylocoque pyogène blanc, qui était limité à la trachée et aux grosses bronches ; une fois au pneumocoque, qui ne se trouvait que dans le parenchyme hépatisé. Il résulte de ces recherches que le bacille diphthérique peut bien pénétrer très avant dans l'arbre bronchique, jusque dans le lobule, peut-être jusque dans les alvéoles ; mais que son rôle dans le développement de la broncho-pneumonie consécutive à la rougeole est très faible et probablement nul. En effet, il n'y est jamais seul et sa présence n'est pas nécessaire. La broncho-pneumonie est due à une infection secondaire par le streptocoque pyogène ou par le pneumocoque de Frænkel et Weichselbaum.

M. J. Vergely fils a observé un cas intéressant *d'érysipèle blanc chez un brightique.* Le malade, soumis au régime lacté, était dans un état relativement satisfaisant lorsqu'il fut pris un jour d'un léger gonflement de la joue droite. On eût dit une fluxion d'origine dentaire qui, d'ailleurs, ne gênait pas le malade. Le lendemain, vers huit heures et demie, l'œdème était devenu assez considérable, avait envahi tout un côté de la joue ; il était dur, les téguments ne présentaient aucune marque particulière, et, autour de cet œdème, il n'y avait pas le bourrelet caractéristique de l'érysipèle. Bientôt l'œdème gagna en étendue, le côté droit du cou fut envahi, et, à onze heure, le malade mourut. M. Auché recueillit de la sérosité provenant de l'œdème et en fit des cultures qui, toutes, donnèrent le streptocoque de l'érysipèle.

M. Festal a eu occasion d'étudier un cas de *rupture intra-péricardique de l'aorte.* Le malade, âgé de 32 ans, était mort subitement. Au milieu d'une conversation, il avait fait un effort d'inspiration, avait essayé d'élever les bras, de tourner les yeux en haut, puis était tombé mort. Le corps était flasque et les lèvres violacées. A l'autopsie, M. Festal trouva le cœur entouré par un énorme caillot et surchargé de graisse. La déchirure de l'aorte se trouvait à 1 centimètre environ au-dessous du reflet du péricarde et était du diamètre d'un petit bouton de chemise. Dans des cas analogues, la teinte violacée des lèvres, la saillie des globes oculaires et la cyanose générale devraient diriger les suppositions vers une rupture de l'aorte ayant un siège intra-péricardique. La rupture se faisant en dehors de la séreuse, les symptômes seraient ceux d'une hémor-

rhagie très abondante et foudroyante avec pâleur. L'aorte, dans tout son trajet intra-thoracique, était criblée de plaques athéromateuses ayant subi la dégénérescence graisseuse.

(A *suivre.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 novembre 1891. — Présidence de M. TERRIER.

SOMMAIRE : Traitement du cancer de l'utérus par l'hystérectomie vaginale. — Influence des mouvements que l'on imprime aux opérés sur la prise des calculs pendant la lithotritie. — Traitement des ulcères de jambe. — Suture dans les fractures de la rotule.

M. SEGOND a fait l'*hystérectomie vaginale* dans 33 cas de cancer utérin; 8 fois il s'agissait de cancer du corps. Il a eu 7 cas de morts rapides, tenant à la péritonite, à l'hémorrhagie, au schok opératoire et à la septicémie. Trois des opérées sont guéries depuis trois ans, deux ans et un an, et se portent bien; 3 ont eu une récidive dans les trois mois qui ont suivi l'hystérectomie, qui a cependant amélioré leur situation; chez 4, la mort est survenue au bout d'un an; 8 ont été perdues de vue, enfin 8 sont opérées depuis fort peu de temps. Parmi les malades perdues de vue (l'opération datait de neuf à dix-neuf mois), il en est certainement qui sont bien portantes, car il avait été convenu qu'elles viendraient retrouver le chirurgien au moindre accident.

M. VERNEUIL rapporte deux observations qui sont en faveur de l'amputation du col dans le cancer de cette partie de l'utérus. Une des malades a été opérée il y a vingt-deux ans et est encore bien portante aujourd'hui; l'autre opérée est sans récidive depuis huit ans. La survie est, pour M. Verneuil, plus considérable quand on fait l'amputation partielle; cette récidive est plus rapidement étendue lorsque l'on a fait l'ablation de l'utérus.

M. SCHWARTZ a eu trois fois recours à l'hystérectomie vaginale lors de cancer de l'utérus. Ce dernier était mobile et les ligaments larges respectés. La première malade était âgée de 46 ans et la récidive survint six mois après l'opération. Une opérée de 29 ans a actuellement une fistule vésico-vaginale, enfin la troisième femme a subi l'hystérectomie cette année en mars et se porte bien.

Deux hystérectomies partielles ont donné des survies de douze mois et de dix mois, et une amputation du col une longue survie.

M. TERRIER a une de ses malades sans récidive au bout de deux ans et sept mois.

— M. HORTELOUP rappelle les tentatives de Reliquet et du baron Heurteloup, qui ont tenté de faire tomber la pierre, pour ainsi dire, entre les mains du lithotriteur en se servant de fauteuils ou de lits construits spécialement dans ce but. A Necker, M. Horteloup se sert d'un appareil analogue à l'aide duquel le malade prend des positions diverses; la pierre obéit à la pesanteur, ainsi que les gros fragments, et on peut les saisir facilement. La muqueuse est à peine touchée et le col n'est pas tiraillé. Si, à l'aide du fauteuil, on ne peut saisir une pierre, il est permis d'affirmer qu'elle n'est pas mobile, qu'il s'agisse d'adhérences ou d'enchatonnement.

Pour M. BAZY, ce serait surtout lors de calculs phosphatiques que le fauteuil pourrait présenter des avantages. Or, justement, les calculs sont fréquemment enchatonnés.

— M. QUÉNU fait un rapport sur un travail de M. Cerné (de Rouen), relatif au traitement des ulcères de jambe par l'extirpation des veines variqueuses. Il a eu à traiter une malade, âgée de 30 ans, cuisinière, qui avait deux ulcères près de la malléole interne et présentait des dilatations veineuses considérables. M. Cerné fit la résection d'un paquet variqueux, la ligature de la saphène sectionnée, et l'opérée fut guérie complètement. Pour M. Cerné, la périphlébite serait l'origine des accidents et entraînerait de la lymphangite chronique. M. Quénu pense, au contraire, que le système nerveux a le plus

grand rôle dans le développement des ulcères qui dépendent de phénomènes de vasomotricité; les états constitutionnels, les altérations des artères ont aussi leur importance dans la genèse des accidents. Un œdème persistant précède habituellement l'ulcération. Le traitement de M. Cerné serait applicable aux cas dans lesquels il y a des ulcérations anciennes, avec des varices très développées. Dernièrement, il a vu survenir un mal perforant du pied chez un malade que l'on venait de guérir d'ulcères de jambe.

M. SCHWARTZ s'est attaqué aux varices dans un certain nombre de cas d'ulcères et a obtenu des guérisons rapides et durables.

— M. RECLUS présente un malade auquel il a fait la suture de la rotule pour une fracture de cet os. La capsule était largement déchirée et un des fragments était très petit. Le dix-neuvième jour après la fracture, l'opéré pouvait marcher.

M. SCHWARTZ a eu un succès analogue chez un jeune homme de 23 ans; il y avait un épanchement sanguin abondant. Le succès a été complet.

Pour M. KIRMISSON, l'opéré de M. Reclus ne doit pas être considéré comme entièrement guéri, car il présente de l'empâtement articulaire et les fragments sont encore un peu mobiles. On fait marcher ces malades trop tôt.

M. MONOD a eu deux succès dans des fractures transversales.

M. QUÉNU a eu recours aux sutures dans un cas où l'os était divisé en six fragments; la guérison a été rapidement obtenue.

M. RECLUS montre une malade à laquelle il a appliqué le traitement de Lannelongue pour une *arthrite fongueuse du coude*; le résultat obtenu est encourageant.

VARIÉTÉS

La statistique médicale de l'armée française, parue en 1889, a été analysée par M. Longuet et lui a fourni matière à des constatations intéressantes.

Le taux de la mortalité a été très bas, plus bas qu'il n'a jamais été, puisque ce taux ne s'élève qu'à 6,19 p. 1,000. Du reste, depuis 1870, où ce taux était de 10 p. 1,000, il s'abaisse progressivement, et comme chaque unité correspond à 500 vies militaires épargnées, on ne peut que se féliciter, avec notre confrère, de cette grande amélioration. A l'intérieur, la mortalité n'est même que de 5,39 p. 1,000, les garnisons de l'Algérie et de la Tunisie élevant toujours beaucoup le chiffre total.

Les maladies que l'on rencontre le plus fréquemment sont toujours la fièvre typhoïde (1/3 de la mortalité) et la tuberculose (1/6e). Viennent ensuite la pneumonie et le suicide (1/20e), la dysenterie (1/25e), puis la pleurésie, l'impaludisme (Algérie), la scarlatine, etc. Plus de 1/20e de la mortalité générale est causé, d'après les relevés de M. Longuet, par les morts accidentelles et les suites éloignées des traumatismes.

Bien que la fièvre typhoïde cause encore un tiers de la mortalité, elle diminue beaucoup. Tout le monde connaît la sollicitude du ministre de la guerre pour l'hygiène des troupes et les mesures hygiéniques qui ont été prises sur un grand nombre de points. Il reste malheureusement encore beaucoup à faire, et l'on entend trop souvent parler d'épidémies plus ou moins meurtrières qui éclatent dans de vieux casernements ou qui sont causées par la mauvaise qualité de l'eau distribuée aux troupes. En Algérie, l'endémie typhoïdique a présenté une recrudescence; la mortalité par dothiénenthérie y est de 1,56 p. 1,000, tandis que le chiffre, pour l'armée de l'intérieur, n'est que de 1,56 p. 1,000. Ce sont les 10e (Rennes), 15e (Marseille), 16e (Montpellier) et 17e corps d'armée (Toulouse) qui sont le plus frappés par la fièvre typhoïde. Du reste, la maladie se montre à peu près partout et, dans 15 petites garnisons seulement, il ne s'en est pas présenté de cas en 1889.

M. Longuet fait remarquer que, dès le début de 1889, la grippe s'était présentée avec une fréquence insolite dans l'armée française. Dans les onze premiers mois de l'année,

il y avait déjà eu 402 cas de grippe traités à l'hôpital, et certainement des cas bien plus nombreux gardés à la chambre; il y avait eu 1 décès. A Mamers, le 115e de ligne a été atteint, en avril 1889, par une véritable épidémie de grippe, puisque 145 hommes ont été atteints. Ce sont là des faits très intéressants qui montrent que l'épidémie d'influenza n'a pas eu une si grande soudaineté d'invasion qu'on l'a d'abord cru; à un moment donné, la diffusion s'est évidemment faite très rapidement, mais, depuis déjà longtemps, la maladie modifiait ses allures. M. Longuet nous montre que 14 corps d'armée, sur 18, ont signalé la grippe dans la période prépandémique.

Au moment de la grande épidémie, il y a d'abord eu dans l'armée deux foyers distincts. L'un au Nord et au centre (Paris, Châlons, Lille, Amiens, Rouen, Le Mans, Orléans, Tours), l'autre au Midi (Mamers, Montpellier, Toulouse et Bordeaux). Certaines parties du territoire n'ont été atteintes que très tardivement; par exemple, Brest, La Roche-sur-Yon, Belle-Ile-en-Mer, etc. La contagion a joué le plus grand rôle dans la transmission de la grippe des grandes localités aux petites.

Au 31 décembre 1889, le septième de l'armée à l'intérieur, à peu près, avait été atteint. A ce moment, 8,850 entrées à l'infirmerie où à l'hôpital et 50,000 indisponibilités à la chambre n'avaient donné que 16 décès.

En 1889, la dysenterie a amené un tiers d'hospitalisation de plus qu'en 1888 et causé 78 décès au lieu de 32. Elle s'est produite en France, à Vincennes, Châlons et dans plusieurs de nos garnisons de l'Est, surtout au moment des grandes manœuvres. Une épidémie assez grave se développa à Lyon au moment de l'arrivée d'un régiment de cavalerie qui venait du Nord; la caserne où fut établi ce régiment avait été le siège, quelque temps auparavant, d'une épidémie d'ailleurs bénigne. Les quatre cinquièmes des hommes nouvellement arrivés furent atteints de dysenterie, et il y eut 7 décès. Ainsi que le dit notre confrère de la *Semaine médicale*, « l'épidémiologie militaire nous offre peu d'exemples aussi saisissants de la prédisposition intensive que confère aux sujets transportés dans un foyer mal éteint la qualité de nouveaux arrivants, l'état si bien nommé de néocomie ».

Les fièvres éruptives, rougeole et scarlatine, ont diminué. Par contre, les oreillons ont augmenté; il y en a eu, en 1889, plus de 8,000 cas qui n'ont donné qu'un décès par méningite. Il aurait été intéressant de savoir s'il s'est produit beaucoup de complications testiculaires, mais M. Longuet ne nous renseigne pas sur ce point. La variole a entraîné 20 décès sur 190; les revaccinations doivent donc être pratiquées plus strictement que jamais.

Après la fièvre typhoïde, la tuberculose est le grand ennemi; elle compte pour un sixième dans la mortalité générale et cause plus du quart des réformes. Malheureusement l'hygiène militaire n'a relativement que peu de prise sur cette maladie aussi difficile à combattre dans la vie civile que dans les casernes.

FORMULAIRE

Gargarisme contre la pharyngite chronique. — Bamberger.

Chlorhydrate d'ammoniaque.............	5	grammes.
Miel rosat	4	—
Eau distillée............................	400	—

Faites dissoudre, pour un gargarisme à employer contre la pharyngite chronique. Pulvérisations de solutions d'alun ou de tannin. Badigeonnages du pharynx avec la glycérine iodée ou avec la solution suivante :

Nitrate d'argent cristallisé...............	3	grammes.
Eau distillée	50	—

N. G.

COURRIER

L'Académie des sciences a procédé, dans sa dernière séance, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de physique, en remplacement de M. Edmond Becquerel, décédé. M. Potier, présenté en première ligne, à l'unanimité, par la section de physique, a été élu par 49 voix sur 58 votants.

— Le jury du concours de l'agrégation de médecine, qui doit s'ouvrir le 15 décembre prochain devant la Faculté de médecine de Paris, est composé comme suit :

Juges titulaires : MM. Bouchard, Debove, Peter, Potain et G. Sée (de Paris); Dupuy (de Bordeaux); Tripier (de Lyon); Mairet (de Montpellier); Spillmann (de Nancy).

Juges suppléants : MM. Fournier, Hanot, Quinquaud et Straus (de Paris).

— Sur la proposition de M. le docteur Chénieux, le Conseil municipal de Limoges vient de décider qu'une plaque commémorative serait placée sur la maison où naquit Jean Cruveilhier, le 9 février 1791

Le premier docteur en médecine russe. — Il y a juste cent ans que le premier diplôme de docteur fut délivré en Russie par la plus ancienne Université de ce pays, celle de Moscou. Ce premier docteur diplômé s'appelait Barsouk-Moïsseïew. Le *Messager officiel*, qui rappelle cet événement, ajoute que le droit de collation de grades académiques fut conféré à l'Université de Moscou par Catherine II le 29 septembre (11 octobre) 1791.

(*Lyon méd.*)

Hôpital Saint-Louis. — M. Hallopeau commencera le dimanche 6 décembre, à dix heures du matin, dans la salle des conférences, ses leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques, et les continuera les dimanches suivants à la même heure pendant les mois de décembre, de janvier et de février.

Annuaire de l'internat. — La cinquième édition de l'*Annuaire de l'internat en médecine et chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris* qui vient d'être publiée par les soins de l'Association des internes et anciens internes a été complètement remaniée et corrigée aussi exactement que possible.

Pour les résidences des internes dans les départements, l'Association a eu recours à l'obligeance de collègues demeurant dans les différents centres de la province et qui ont bien voulu servir désormais de correspondants de l'Association. Tous les cinq ans paraîtra une nouvelle édition générale de l'Annuaire ; tous les ans, un fascicule complémentaire sera publié en même temps que le compte rendu de l'Association.

Le prix de l'Annuaire est de 4 francs; le prix est réduit à 2 fr. 50 (3 francs, envoyé franco directement) pour les membres de l'Association qui en feront la demande aux éditeurs G. Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne, ou Asselin et Houzeau, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital de la Charité. — M. le professeur POTAIN.

Le foie cardiaque.

Messieurs,

Au n° 1 de notre salle de femmes est couchée une malade présentant un œdème considérable des membres inférieurs ayant entraîné de l'érythème et quelques excoriations. Au moment de l'entrée, le ventre était tellement distendu par l'ascite que l'on a dû faire une ponction qui a donné issue à douze litres de liquide. L'auscultation montre l'existence, à la partie antérieure du thorax, d'un souffle indiquant une affection cardiaque; ce souffle tend à se propager vers l'aisselle, et comme, de plus, il n'y a pas de battements jugulaires, on peut admettre qu'il s'agit non d'une insuffisance tricuspide, mais d'une insuffisance mitrale.

Le grand volume de l'épanchement abdominal montre que le foie est atteint; mais s'agit-il seulement d'un œdème cardiaque avec foie cardiaque ou bien est-ce l'affection hépatique qui est préexistante? Enfin, ne peut-on pas penser que le rein est cause de tout ou au moins est atteint assez gravement.

Nous n'avons pas à nous appuyer, pour faire le diagnostic, sur les récits que fait la malade; en premier lieu, nous avons lieu de suspecter sa sincérité, et, de plus, quand même il n'en serait pas ainsi, le plus généralement les renseignements fournis par les patients ne peuvent nous éclairer que d'une manière très incomplète. Un examen approfondi est donc absolument nécessaire dans ce cas.

En premier lieu, il semble que l'hydropisie ait débuté par les membres inférieurs, bien qu'à ce moment le ventre ait déjà été un peu gros, et cela nous conduit à admettre une affection du cœur. L'œdème inférieur existe bien dans certaines affections hépatiques, telles que la cirrhose; mais alors l'ascite est la première en date, puisque c'est elle qui, par la gêne qu'elle apporte à la circulation veineuse, est la cause de l'infiltration des membres. Cependant, quand l'affection est une insuffisance tricuspide accentuée, la stase sanguine entrave tellement la circulation qu'il y a rapidement un exsudat péritonéal très abondant. Chez notre malade, on doit reconnaître que l'ascite dépasse beaucoup par son abondance celle des affections cardiaques, et, du reste, le fait que le cœur est en cause n'empêche pas que le foie soit atteint; il peut y avoir, en même temps que le foie cardiaque, une autre affection hépatique.

Il y a des cas où, lorsque le cœur retentit sur le foie, ce dernier est

presque seul atteint au moment de l'asystolie; cela se voit surtout dans l'insuffisance tricuspide. Chez quelques sujets, indépendamment de toute lésion d'orifice, il survient des dilatations droites et de l'insuffisance; on observe alors des troubles divers du côté du foie, du gonflement et des battements. Pourquoi, dans ce cas, l'influence mécanique se localise-t-elle à l'organe hépatique? Il semblerait que cette influence doive toujours aller des extrémités de l'appareil vasculaire vers son origine, comme cela se voit, du reste, dans un grand nombre de maladies du cœur. Cela tient à ce que, dans ces maladies, comme dans le rétrécissement mitral, par exemple, l'obstacle est continu et augmente de proche en proche; tandis que, dans l'insuffisance tricuspide, la stase est intermittente, qu'il y a une sorte de flot en retour, une sorte de reflux passager de la colonne sanguine. La vague, qui naît au niveau du ventricule droit, va à une certaine distance et disparaît. Les parties les plus voisines qui souffrent du flot sont les veines sus-hépatiques; elles n'ont pas de valvules et le retour du sang s'y fait facilement; on observe alors leur dilatation et bientôt celle des vaisseaux qui s'y abouchent. Le foie augmente de volume et atteint quelquefois un poids de 3 kilogrammes; sa couleur est foncée et son bord tranchant s'émousse. A la coupe, il s'écoule beaucoup de sang, et on voit des taches brunes sur certains points, tandis qu'en d'autres endroits il y a des taches jaunes et grisâtres. Les taches brunes foncées sont formées par les veines sus-hépatiques dilatées; les capillaires qui entourent la veine centrale sont aussi distendus, surtout ceux qui sont près de cette veine. La distension veineuse et capillaire aplatit les cellules hépatiques qui se remplissent de granulations pigmentaires, s'atrophient et finissent par disparaître. Les cellules de la périphérie du lobule sont moins atteintes, mais renferment des granulations de graisse et de pigment.

Tout cela s'observe à une époque pas trop avancée de la maladie. L'insuffisance tricuspide n'est pas nécessaire pour produire ces désordres; un obstacle considérable à la circulation du sang entraîne des effets analogues, quoique moins intenses. Quand il y a une hypertrophie droite un peu notable, il se produit des battements hépatiques. Ainsi que je l'ai montré il y a déjà longtemps, ils diffèrent de ceux de l'insuffisance tricuspide en ce que ces derniers se produisent au moment de la systole ventriculaire et les autres au moment de la présystole; ils sont dus, en effet, à la contraction de l'oreillette.

Quelles que soient les conditions dans lesquelles un cœur met obstacle à la circulation, le foie est loin d'être atteint dans tous les cas. Il faut d'abord tenir compte, pour expliquer les faits dans lesquels il est peu lésé, de la résistance variable des organes. Quelquefois, en effet, le foie résiste particulièremeut, tandis que ce sont les poumons ou les reins qui souffrent davantage.

La glande hépatique est une immense éponge que le sang emplit presque complètement et qui subit naturellement très facilement les effets de la stase sanguine. On a parlé d'une asystolie hépatique. C'est là un léger abus de mots, car ce n'est pas le foie qui fait défaut, c'est la systole. Il n'est pas nécessaire que les cavités droites soient hypertrophiées, pour que la stase se produise dans le foie; toute stase sanguine veineuse le distend, retentit sur lui plus qu'ailleurs. Les altérations qui peuvent l'atteindre sont quelquefois plus profondes que celles dont j'ai parlé tout à l'heure. Alors le système veineux hypertrophie sa paroi; les capillaires qui nais-

sent des veines sus-hépatiques s'épaississent aussi, et, au centre du lobule, on finit par ne plus trouver que la veine centrale à lacis formé par les parois veineuses et à granulations pigmentaires. Lorsque les altérations anatomiques se prononcent de plus en plus, il finit par y avoir un exsudat, une prolifération conjonctive qui se produit surtout autour de la veine centrale, cette prolifération est, du reste, peu considérable, mais achève de faire disparaître les éléments actifs de la glande. Le foie cardiaque n'est pas toujours un gros foie; il peut être petit, rétracté, en un mot être atteint de ce que l'on a appelé la cirrhose cardiaque. Même dans ce cas, ce n'est que rarement que la coupe montre de gros lobules distincts, qu'il y a des travées fibreuses volumineuses partant des veines sus-hépatiques.

Mais, dans les cas où la dilatation veineuse est considérable, l'ascite est généralement tardive; quand elle se produit de bonne heure, qu'elle est très abondante, c'est que quelque chose s'y ajoute, qu'il y a de la cirrhose porte.

Quel est l'état du foie chez notre malade? A-t-elle simplement une affection du foie d'origine cardiaque, ou le système-porte est-il frappé? Cette question a une importance pratique considérable, le pronostic étant totalement différent dans ces divers cas. On peut beaucoup améliorer l'affection hépatique d'origine cardiaque, on peut même la guérir, quand la lésion du cœur n'est que transitoire. Quand il s'agit d'une cirrhose d'origine alcoolique, la maladie peut, peut-être, s'arrêter dans son évolution; mais il ne faut pas espérer la faire rétrocéder. La distinction n'est pas toujours facile; cependant, on peut espérer arriver à la faire en analysant convenablement la plupart des symptômes.

Chez notre malade, le foie est très rétracté, ce qu'il a été facile de constater surtout après la ponction. En effet, quand il y a beaucoup de liquide dans l'abdomen, la percussion perd ses droits. Piorry a bien dit que la matité hépatique et que celle de l'hydropisie différaient, mais on ne peut se baser sur des différences minimes pour tracer les limites précises d'un organe. Quand l'ascite n'est pas trop volumineuse, on peut, en couchant la malade à gauche, amener l'intestin du côté droit. Mais alors il y a une cause d'erreur qui tient à ce que le foie arrondi laisse passer devant lui les anses intestinales. Il vaut mieux recourir à la palpation méthodique. Lorsque l'on enfonce doucement l'extrémité des doigts dans le ventre, en les maintenant normalement à la surface, la malade n'a pas de douleur, ne rétracte pas sa paroi, et on sent une certaine résistance qui cède d'abord très facilement pour devenir ensuite de plus en plus difficile à vaincre. On commence à faire cette exploration tout à fait inférieurement et on remonte ensuite peu à peu; bientôt, à un certain niveau, on trouve, quand on commence à enfoncer les doigts, une résistance qui les arrête brusquement; cette résistance est due au foie. Chez notre malade, cette exploration ne nous a rien donné et, à l'épigastre même, il n'y avait pas de matité. Une diminution aussi considérable de volume, que nous avons encore constatée plus facilement après l'évacuation du liquide, ne peut guère être due à la seule action du cœur sur le foie. La rate est augmentée et atteint 17 centimètres de long, ce qui va bien mieux avec l'idée d'une cirrhose vraie. On doit donc admettre, chez la malade, quelque chose autre qu'un simple foie cardiaque.

Je ne veux pas dire que le cœur ne soit pour rien dans les accidents; la lésion cardiaque est certaine, quoique probablement moins accentuée

qu'on ne l'avait cru d'abord. Il y a à la pointe un souffle systolique qui a un timbre égal partout et ne s'accompagne pas de pouls hépatique; de plus, l'hypertrophie de l'organe est très médiocre.

Peut-on penser à une affection rénale primitive? Non, car la quantité d'albumine est médiocre et l'œdème qui manque à la face est très prédominant inférieurement. Dans certains cas de mal de Bright, il y a très peu d'albumine dans l'urine, mais alors l'hypertrophie cardiaque est notable, il y a un bruit de galop et la tension artérielle est très forte. Rien de tout cela ne se voit chez notre malade.

On doit donc admettre, dans ce cas, l'intervention d'une cause agissant directement sur le foie, et cette cause ne peut être que l'intoxication alcoolique. Cependant, quand le cœur a retenti assez longtemps sur le foie pour altérer profondément les cellules, ces dernières ne peuvent plus agir sur les substances toxiques qui partent de l'intestin et séjournent longtemps dans la glande par suite de la stase veineuse. Ces substances pourraient alors agir sur la glande pour l'altérer davantage. Ici, tout en admettant la possibilité de cette pathogénie dans certains cas, nous devons admettre l'existence de l'alcoolisme, dont la malade présente un certain nombre de symptômes.

L'alcool, comme vous le savez, agit non seulement sur le foie, mais atteint l'économie tout entière, frappe le cœur et les reins. Un alcoolique est donc dans des conditions fâcheuses pour tolérer une affection du cœur, et un cardiaque qui devient alcoolique, court de grands dangers. Beaucoup de malades, du reste, ne croient pas faire d'excès parce qu'ils ne se grisent pas; leur cerveau résiste, ils ne s'aperçoivent pas qu'ils absorbent des doses beaucoup trop considérables d'alcool.

En résumé, notre malade est atteinte d'une affection cardiaque de cause inconnue et est une alcoolique de vieille date. Le pronostic, chez elle, est donc très mauvais, ce que nous indique, du reste, la reproduction très rapide du liquide après la ponction. La suffocation et la gêne respiratoire nous forceront à répéter fréquemment la paracentèse de l'abdomen et l'épuisement qui en résultera pour la patiente accélérera encore la terminaison fatale.

REVUE DES CLINIQUES

La torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire, par M. Duplay (1). — Vous m'avez vu pratiquer hier l'ovariotomie chez une femme de 46 ans, atteinte d'un kyste très volumineux de l'ovaire. Le diagnostic était, chez elle, évident. Mais son histoire clinique offrait deux particularités sur lesquelles j'avais attiré votre attention. Le kyste avait très notablement augmenté de volume dans les trois derniers mois, et cette augmentation s'était accompagnée de douleurs assez vives. L'état de la malade était resté trop satisfaisant pour qu'on eût beaucoup à craindre une transformation maligne du kyste; mais ces deux particularités pouvaient faire soupçonner, soit des hémorrhagies intra-kystiques, soit une torsion du pédicule. De fait, en opérant, après avoir détruit des adhérences assez solides, je trouvai le pédicule tordu sur lui-même, d'un tour et demi environ. Le liquide kystique était noirâtre, hémorrhagique. L'opération fut d'ailleurs facile, et il n'y eut pas d'autre incident qu'une déchirure qui se produisit à l'orifice de ponction, par suite de la minceur extrême de la paroi à droite.

Cette torsion du pédicule est assez rare; sa fréquence serait de 6 p. 100 environ

(1) Résumé d'après la *Gazette des hôpitaux*.

sur l'ensemble des kystes de l'ovaire. Cette complication, signalée par Rokitanski, dès 1840, a surtout été étudiée, depuis l'ovariotomie, en Angleterre, par Lawson Tait et Spencer Wells; en Allemagne, par Frænkel. J'ai moi-même, il y a une douzaine d'années, signalé, à la Société de chirurgie, le premier fait qui ait été, je crois, étudié en France.

Assez facile à comprendre pour les petits kystes à pédicule mince et long, le mécanisme de la torsion est plus difficile à concevoir pour les gros kystes. On a invoqué, sans trop de raisons, les efforts, les chocs, les alternatives de vacuité et de réplétion des organes de l'abdomen, en particulier du rectum et de la vessie. Le développement inégal des diverses loges du kyste paraît, surtout lorsqu'il existe une sorte de point d'appui fourni par des adhérences, plus susceptible de déterminer le mouvement de spire.

Chez notre malade, cette explication semble plausible. La tumeur avait deux lobes énormes d'inégale résistance, communiquant ensemble. Le lobe gauche avait des parois d'une minceur extrême, le lobe droit des parois très épaisses. Ce lobe était maintenu par des adhérences très fortes, organisées, fibreuses, certainement anciennes. De plus, ces adhérences semblaient s'être allongées, avoir été tiraillées. La distension du lobe gauche indiquant un développement plus rapide, les adhérences rentrent donc dans les conditions invoquées.

Cette torsion se rencontre, quoiqu'on en ait dit, soit à droite, soit à gauche. Pourtant, dans la statistique de M. Terrillon, portant sur 119 cas, la torsion a été deux fois plus fréquente pour les kystes du côté droit.

Les conséquences sont variables, suivant que la torsion se produit d'une façon lente ou brusque.

Dans la torsion rapide, la circulation est subitement entravée et modifiée; les veines volumineuses, à parois minces, à situation plus extérieure, sont particulièrement atteintes. Par suite de l'entrave de la circulation en retour, les parois veineuses se rompent; les hémorrhagies peuvent être très abondantes; dans quelques cas exceptionnels, ces hémorrhagies ont même amené la mort. Mais les complications les plus fréquentes sont l'inflammation et la gangrène. Parfois, cette inflammation entraîne à sa suite la rupture du kyste et peut déterminer des accidents de péritonite mortelle. Souvent, aussi, l'inflammation se limite; elle entraîne des adhérences protectrices qui empêchent, sinon la rupture, au moins l'effusion du liquide dans le péritoine. Dans une terminaison plus rare et plus curieuse encore, la torsion rapide, serrée, arrive à rompre le pédicule. Le kyste est mobile et libre, séparé de son point d'implantation. Cette liberté peut être suivie, soit de la gangrène totale du kyste avec péritonite septique, soit de la formation d'adhérences pariétales intestinales ou épiploïques, qui suffisent à assurer la nutrition et même l'accroissement. Dans les ovariotomies, on a quelquefois signalé ces kystes sans pédicules, vivant uniquement par leurs adhérences nouvelles. Parfois, aussi, l'absence de nutrition n'amène pas le sphacèle, mais aboutit à l'atrophie, à la régression, à l'infiltration calcaire. Ces faits de guérison spontanée sont bien établis, le mécanisme de l'atrophie a été comparé à la transformation calcaire que subit le fœtus dans certaines grossesses extra-utérines (lithopœdion).

Quand le pédicule se tord lentement, les conséquences sont à peu près les mêmes, avec une acuité moindre : arrêt de la circulation, surtout veineuse, d'où congestion, hémorrhagie, inflammation, phénomènes de péritonite; plus rarement, rupture et gangrène.

Chez notre malade, la torsion avait été lente, progressive; la constriction semble être toujours restée peu serrée; les spires faisaient un tour et demi, et les phénomènes de congestion avaient été très limités.

Ces torsions lentes sont néanmoins susceptibles, plus susceptibles peut-être que les torsions brusques, d'entraîner, elles aussi, l'atrophie lente et, finalement, la guérison spontanée. Le peu d'acuité de l'inflammation semble mieux favoriser, dans quelques cas, le travail de régression.

Le sens de la torsion est variable, le nombre des spires très variable également. J'ai, dans un cas, trouvé cinq tours de spire; c'est à peu près le maximum observé. Notre malade ne présentait qu'un tour et demi.

Cliniquement, la torsion du pédicule peut être soupçonnée, mais il est presque impossible de l'affirmer d'une façon absolue. Les principaux symptômes, dans le cas de torsion brusque, sont la douleur violente, subite, l'augmentation considérable de volume. Parfois même, la malade est défaillante, syncopale, tant est grande l'abondance de l'hémorrhagie. Dans le cas de torsion lente, on retrouve les mêmes symptômes, moins bruyants, plus atténués. Parfois, l'évolution se produit par poussées végétatives successives, séparées par des alternatives d'amélioration.

Les terminaisons et le pronostic sont, vous l'avez vu, singulièrement variables. La mort peut survenir par hémorrhagie ou par péritonite; la torsion du pédicule peut avoir, au contraire, comme conséquence, la guérison spontanée par atrophie. Ordinairement, la complication n'aboutit ni à l'une ni à l'autre de ces terminaisons extrêmes, par suite de l'intervention rapide qui prémunit la malade contre la torsion.

Le diagnostic est assez difficile; c'est plutôt un diagnostic d'indications thérapeutiques qu'un diagnostic précis de l'accident même. Les symptômes dus à la torsion peuvent être, en effet, donnés soit par une hémorrhagie dans l'intérieur du kyste, soit par une rupture spontanée. Dans le second cas, le changement de forme de l'abdomen, la disparition des bosselures permettent de différencier la rupture de la torsion, en supposant, bien entendu, que cette torsion ne s'accompagne pas elle-même de rupture. Mais, dans le premier, le diagnostic reste assez hésitant. La transformation d'un kyste ovarique peut aussi donner quelques symptômes se rapprochant de ceux que produit la torsion du pédicule. Là, encore, le diagnostic exact n'est souvent établi qu'au moment de l'ovariotomie.

L'indication thérapeutique, dans la torsion brusque, est très nette. Il faut faire l'ovariotomie aussitôt que possible, d'autant plus tôt que les accidents sont plus menaçants; parfois, même, l'ovariotomie devient une véritable opération d'urgence. Dans les torsions lentes, le mieux est encore une intervention. Comme cette règle de conduite convient également dans le cas d'hémorrhagies, de rupture, de transformation maligne du kyste, vous voyez que, malgré les incertitudes de diagnostic, les difficultés pratiques se trouvent assez facilement résolues. Le pronostic opératoire de l'ovariotomie, après la torsion, n'est pas sensiblement aggravé. Les difficultés ne sont pas d'ordinaire beaucoup plus grandes. Les adhérences de nouvelle formation sont d'ordinaire faibles; il est facile de les rompre avec le doigt. Dans un cas où la torsion avait produit des adhérences totales, j'ai pu ainsi décortiquer complètement le kyste. Chez notre malade, vous avez vu hier que la torsion n'a en rien gêné notre opération; son état est aussi satisfaisant que possible, et sa guérison semble dès maintenant certaine.

SOCIÉTÉS SAVANTES DES DÉPARTEMENTS

Sociétés de Bordeaux (1er semestre 1891) (1).

M. A. Boursier a traité des tumeurs blanches multiples par des injections intra-articulaires d'huile iodoformée. Cette méthode a été employée pour la première fois, par Mikuliez, en 1881; en 1882, Marc Sée a communiqué à la Société de chirurgie un cas de guérison d'arthrite fongueuse près du genou par une injection d'éther iodoformé et, depuis cette époque, les observations se sont multipliées. M. Marty a récemment soutenu une thèse sur ce sujet. On peut voir, dans ce travail, que les substances employées par les divers chirurgiens, comme véhicules de l'iodoforme pour les injections intra-articulaires, sont au nombre de quatre : la glycérine, l'eau, l'éther et l'huile d'olive. M. Boursier a cru devoir rejeter l'éther à cause de ses propriétés irritantes et des vives douleurs qu'il provoque; la glycérine et l'eau, parce que l'iodoforme est insoluble, ou à peu près, dans ces deux liquides. Il a employé l'huile d'olive stérilisée, dont la pénétration dans les tissus n'est pour ainsi dire pas douloureuse; elle dissout de 2 gr. 50 à 3 grammes

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

p. 100 d'iodoforme, ce qui permet une absorption assez considérable de ce médicament. L'huile iodoformée a aussi été employée par Wendelstadt, Bruns et Dupon.

M. André Moussous a observé un cas de *polynévrite aiguë consécutive à la coqueluche* chez un enfant de 18 mois. Le petit malade présentait de la faiblesse des membres supérieurs et inférieurs; il était encore capable, lorsqu'on le pinçait, de retirer ses membres, mais ne pouvait garder un objet dans ses doigts ni se soutenir sur ses jambes. Il ne se produisit ni roideur ni amyotrophie, mais la respiration fut pendant quelque temps très difficile, par suite de la paralysie des différents muscles de la respiration, à l'exception du diaphragme. On constata une diminution très marquée de l'excitabilité faradique pour tous les muscles atteints de paralysie, certains étaient même presque inexcitables. Un cas tout à fait semblable a été signalé, en 1888, par Mœbius, et Mme Déjerine-Klumpke ne rejette par cette supposition, faite par l'auteur en question, à savoir : que la coqueluche, maladie vraisemblablement infectieuse, peut donner naissance à des lésions portant sur le système nerveux périphérique.

M. Sabrozès a observé un cas d'*ostéomyélite de l'humérus droit consécutive à une infection post-vaccinale par les staphylocoques*. Il s'agissait d'une fillette qui, à la suite d'une vaccination pratiquée par une sage-femme, eut, trois jours après, un abcès superficiel à chaque point d'inoculation. Ces abcès furent suivis de l'apparition des furoncles sur la paroi thoracique; trois se montrèrent successivement sur la paroi antérieure de l'aisselle gauche; deux sur le côté droit. L'ostéomyélite se développa ensuite et on dut extraire un volumineux séquestre. Le pus a donné des cultures pures de staphylocoques dorés. Le vaccin avait été recueilli sur un enfant dont les pustules avaient un aspect noirâtre et laissaient écouler une sérosité de mauvais aloi. Trois autres bébés, inoculés avec le même vaccin, ont tous eu des abcès superficiels au niveau des piqûres et, consécutivement, des furoncles, des collections purulentes.

M. Davezac a employé avec succès le traitement suivant contre l'*adénite suppurée*: après avoir évacué le pus à l'aide d'une incision pratiquée au point le plus déclive, il faut laver la poche à l'eau phéniquée forte et y injecter quelques gouttes de glycérine créosotée à 2 p. 100. Il faut continuer les injections pendant assez longtemps.

M. Coresin a étudié la *fièvre syphilitique des accouchées*. L'accouchement ne serait pas toujours favorable à la disparition des accidents secondaires. Quelquefois, la syphilis serait influencée, au point de subir une recrudescence immédiate qui se manifesterait soit par une hyperthermie essentielle, soit par l'apparition d'accidents secondaires variés avec ou sans fièvre. La fréquence de l'hyperthermie essentielle est moins grande pendant les suites de couches qu'en dehors de l'état puerpéral; il l'aurait rencontrée quatre fois dans 60 cas. Les accidents secondaires éruptifs s'accompagnant de fièvre dite alors fièvre symptomatique peuvent également apparaître sous l'influence du traumatisme obstétrical. Cette fièvre symptomatique, reconnue par Fournier plus rare que la précédente, est également d'une fréquence moindre pendant les suites de couches; elle n'a été trouvée que deux fois dans 60 observations. Enfin, les syphilitiques ne paraissent pas exposées plus que les autres accouchées aux accidents septicémiques et aux inflammations péri-utérines, pendant la période puerpérale; l'involution utérine se ferait facilement.

Pour M. Muselli, le *coaltar saponiné*, appliqué comme topique sur les pustules varioliques, permettrait d'éviter les cicatrices consécutives. M. Chavoix s'est bien trouvé de l'emploi d'une pommade à la vaseline iodoformée appliquée sur les pustules préalablement incisées.

M. R. Saint-Philippe a eu occasion d'observer un fait qui prouve une fois de plus les relations du rhumatisme et de la chorée. Une enfant de 12 ans a eu successivement : une angine phlegmoneuse intense; des douleurs rhumatoïdes très marquées, avec tuméfaction des principales jointures; une pleurésie gauche, qui devint rapidement une pleuro-péricardite; une pleurésie droite, et enfin une chorée avec accidents cardiaques.

M. R. Saint-Philippe a eu beaucoup à se louer du *traitement de l'angine phlegmoneuse*

par le salol à l'intérieur. Administré à temps, il peut faire avorter l'angine et la modifie, dans tous les cas, très rapidement. Dès qu'apparaissent les symptômes d'une angine phlegmoneuse franche, unilatérale, il donne le salol à la dose de 2 à 8 grammes par vingt-quatre heures, selon l'âge. Il ne craint pas d'aller jusqu'à 4 grammes chez les enfants de 3 à 6 ans. Les effets seraient très rapides. Le meilleur mode d'administration est d'incorporer le médicament, qui est insoluble, dans une potion gommeuse que l'on a soin d'agiter fortement, de manière à faire une fausse émulsion. Souvent, les urines deviennent brunâtres.

Comme *mode d'administration du salol*, du *sulfonal* et d'autres médicaments peu solubles, M. Carles a recommandé de les broyer très finement avec leur poids de sucre et de gomme, et de délayer ensuite le tout dans un julep gommeux. Cette méthode fournit une potion où le produit reste facilement en suspension et constitue un médicament assez agréable, d'une administration facile.

M. Audebert a traité la *phlébite infectieuse post-partum par des injections sous-cutanées d'acide phénique.* Ces injections ont été faites suivant les procédés employés dans le traitement du furoncle et de l'anthrax. Il est arrivé progressivement à injecter dans le tissu périvasculaire 4 centigrammes d'acide phénique. Dans un cas, six jours ont suffi pour faire disparaître un œdème considérable, dû à l'oblitération de la veine saphène. Au bout d'un mois et demi, le malade marchait librement.

MM. Moreau et Saint-Philippe ont observé des cas de *pneumonie infantile* dont le début pouvait faire penser à une méningite. Dans le cas de M. Moreau, il s'agissait d'un enfant de 6 ans, pris brusquement, en pleine santé, d'une forte fièvre avec vomissements et d'un état général alarmant. On pensa pendant deux jours à une congestion cérébrale, et c'est seulement le soir du troisième jour que le petit malade commença à tousser. Le lendemain, on constatait une pneumonie du sommet.

Pour M. Saint-Philippe, trois constatations, dans les cas de ce genre, doivent faire éloigner le diagnostic de méningite : 1° l'invasion brusque; 2° l'élévation de la température, qui atteint d'emblée 40°; 3° enfin, la fréquence de la respiration, l'oppression, qui ne sont pas des phénomènes cérébraux.

MM. Arnozan et Vigneron ont obtenu de bons résultats en traitant la *chancrelle* et le *bubon symptomatique* par l'application locale de l'eau chaude en bains ou en injections. Ce traitement modifie rapidement l'aspect du chancre ou de la cavité ganglionnaire; il paraît susceptible d'enrayer le phagédénisme. L'action sur les phases ultimes de la réparation est moins favorable.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er décembre 1891. — Présidence de M. Tarnier.

La correspondance comprend :

Un travail de M. le docteur Vlacco sur le traitement de la septicémie puerpérale par le curettage utérin.

Hystérie chez les enfants au-dessous de 2 ans. — M. Chaumier (de Tours) a recueilli un grand nombre de cas d'hystérie chez les enfants de cet âge et, pour lui, si on ne l'a pas décrite depuis longtemps, c'est qu'on la confond habituellement avec l'éclampsie.

Le degré le plus faible consiste en colères vives, revenant fréquemment, se manifestant par des cris. Si la maladie est plus accentuée, l'enfant raidit ses membres et sa figure devient violacée. Enfin, le petit malade peut se rouler par terre en s'agitant ou même perdre connaissance. On appelle communément la perte de connaissance, avec ou sans contracture, une pamoison. Les grandes attaques s'observent comme chez l'adulte. Un certain nombre des enfants atteints ont des tumeurs adénoïdes du pharynx. Le pronostic n'est pas mauvais, car la guérison est plus facile à obtenir que plus tard.

Tumeurs adénoïdes du pharynx. — M. E. Menière a fait 1,115 opérations de tumeurs adénoïdes. Le seul traitement convenable est l'ablation faite à l'aide des pinces coupantes, et l'âge le plus favorable pour l'opération est de 4 à 12 ans. Plus tard, les hémorrhagies sont à craindre. Quand on opère en une seule séance, le chloroforme devient nécessaire; il vaut donc mieux opérer en plusieurs séances séparées par des intervalles de cinq à huit jours et en ne faisant qu'une prise par séance. Il est bon, en terminant, de faire une injection nasale antiseptique. A la fin, il est utile de gratter le pharynx avec une boucle métallique et de faire quelques badigeonnages avec la teinture d'iode.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 novembre. — Présidence de M. Labbé.

Sommaire : *Recherches sur les tatouages des piqueurs et des rhabilleurs de meules. — Sur un cas de défécation par la bouche. — Arthrite purulente du genou guérie par une injection de sublimé.*

MM. Variot et Raoult : Tous les ouvriers qui travaillent à la fabrication et au rhabillage des meules de moulins présentent sur le dos des mains des tatouages brun-noir fort différents, comme aspect, des tatouages bleus faits au moyen de l'encre de Chine. Le siège de ces tatouages varie suivant le travail auquel se livrent les ouvriers. Ceux-ci se divisent en fabricants, dresseurs, garde-moulins, épaneurs. Les tatouages noirs que l'on rencontre chez ces ouvriers ont des dimensions variant de celles d'une tête d'épingle à celles d'une lentille.

MM. Variot et Raoult ont examiné un fragment de peau de la main d'un ancien rhabilleur de meules mort à l'Hôtel-Dieu annexe. Par transparence, on voit des îlots colorés. Chaque grain noir un peu volumineux est entouré d'une sorte de semis de la même couleur.

Sur une coupe perpendiculaire de la peau examinée à l'œil nu, on voit dans l'épaisseur du derme une traînée discontinue, rouge-brun, avec des parties plus volumineuses au centre des îlots.

Enlevés du derme, ces grains paraissent constitués par une matière brune, très foncée à la lumière réfléchie, et d'un brun jaunâtre transparent, dans les parties les plus minces, à la lumière transmise.

Après des examens répétés et différentes réactions chimiques, M. Variot a pu se convaincre que ces particules étaient de l'oxyde de fer dû à l'oxydation dans la peau des particules d'acier provenant des instruments et ayant pénétré par effraction dans le derme des ouvriers. Sur des coupes microscopique, on voit dans ce dernier des grains volumineux, présentant l'aspect décrit plus haut, occupant presque toute la hauteur de cette partie de la peau, et entourés de poussières plus fines, de même couleur, disséminées entre les faisceaux conjonctifs. On ne trouve autour de ces corps étrangers aucune trace d'inflammation du tissu dermique.

— M. Desnos : Dans la nuit de samedi à dimanche les gardiens de la paix amenaient à la Charité un jeune homme trouvé sur la voie publique, en proie, disait-on, à une attaque épileptique. Ces attaques se renouvelèrent pendant la nuit, et, le matin, M. Desnos constata, comme indiquant la fin de l'une d'elles, un état comateux peu profond avec rejet d'une certaine quantité de salive légèrement ensanglantée.

Revenu à lui, ce jeune homme raconta qu'il venait d'Ostende, mais ses vêtements indiquaient qu'il sortait d'un asile d'aliénés des environs de Paris. Il venait, en effet, de s'évader, pour la septième fois, de cet asile. La préfecture de police ne tarda pas à le découvrir et à le reprendre.

Les quelques jours qu'il passa dans le service de M. Desnos ne présentèrent rien de notable, en dehors d'un phénomène bien curieux : la défécation par la bouche. De temps à autre, il avait quelques attaques peu violentes. Ces attaques, d'après les descriptions qui en furent faites à M. Desnos et aussi d'après la présence de quelques stig-

mates, notamment la perte absolue du réflexe pharyngien, semblent devoir être rapportées à l'hystérie.

Un jour, la surveillante remarqua, dans la bave qui s'écoulait de la bouche du malade à la fin d'une de ses attaques, la présence de matières dont la couleur et l'odeur rappelaient celles des matières fécales.

Interrogé à ce sujet, le malade répondit que, depuis deux ans, il n'allait jamais à la selle par l'anus, et rendait toutes ses matières fécales par la bouche, et que c'était généralement à six heures du soir qu'avait lieu cette évacuation.

Le malade fut soumis à la plus stricte surveillance, et on lui recommanda de demander un vase lorsqu'il croirait que l'évacuation allait se produire. Deux fois, pendant son séjour à l'hôpital, à six heures du soir, une heure après son repas, il rendit par la bouche des matières fécales. La première fois, cette évacuation eut lieu en présence de la surveillante, la seconde fois en présence de celle-ci et de l'interne du service. La défécation buccale avait lieu dans deux circonstances différentes. Tantôt, lorsqu'il sentait qu'elle allait se faire, le malade demandait tranquillement le vase et rendait lentement les matières avec quelques efforts très légers de vomissement; d'autres fois, cette expulsion avait lieu au milieu d'une crise de nerfs, de quelques convulsions légères, pendant lesquelles il portait incessamment une main à son dos, au niveau de l'œsophage, déclarant y éprouver une vive douleur.

M. Desnos a vu les matières de la seconde évacuation, celle qui avait eu lieu en présence de l'interne et de la surveillante. Elles remplissaient un crachoir. Celles de la veille avaient été d'une abondance double. Ces matières étaient moulées, de consistance un peu molle ; celles du jour précédent étaient plus dures. Leur couleur était d'un brun foncé. Elles offraient, en un mot, l'aspect de matières ayant séjourné dans le gros intestin, après que la digestion dans l'intestin grêle s'est accomplie. Elles avaient l'odeur habituelle des matières fécales normales, mais non cette horrible fétidité des matières jaunâtres, liquides, des vomissements fécaloïdes de l'étranglement interne. Elles ne contenaient aucune trace d'aliments, bien que le repas eût eu lieu seulement une heure plus tôt.

Cette sélection bizarre des matières fécales et des aliments récemment ingérés n'est pas un des traits les moins curieux de cette curieuse histoire. Pendant les heures qui précédaient l'évacuation, le bas-ventre était tendu, dur, augmenté de volume; il présentait même, dans ses régions inférieures, une matité qui disparaissait après la défécation, en même temps que l'abdomen diminuait de volume. A aucun moment, la palpation n'était douloureuse.

D'où venaient les matières? Elles présentaient l'aspect de matières ayant séjourné dans le gros intestin; mais on peut objecter que, d'après tous les anatomistes et tous les physiologistes, le reflux des solides et même des liquides est impossible à travers la valvule iléo-cœcale.

Le malade faisait remonter ses évacuations buccales à deux ans ; à cette époque, il était tombé d'un mur sur une branche; il s'était blessé au niveau de la partie supérieure et interne de la fosse iliaque droite. Il avait souffert longtemps dans cet endroit, bien qu'on n'y trouvât ni induration, ni tumeur, ni cicatrice. Se serait-il produit par là, par le fait de la blessure, une cicatrice, un rétrécissement, voire même de simples adhérences suffisantes pour apporter obstacle au cours des matières? Une communication se serait-elle établie, à la faveur du traumatisme, entre le gros intestin et un point plus élevé des régions supérieures du tube digestif? Ce sont là des hypothèses qu'il est permis d'émettre, sans qu'il soit possible d'en donner la démonstration.

M. Desnos voulait administrer un lavement coloré pour chercher si la façon dont il serait rendu fournirait quelques données sur le point de départ des matières; une chloroformisation à fond aurait permis une palpation facile des parois abdominales. Le malade est resté trop peu de temps dans le service.

M. Desnos demande à ses collègues s'il en est qui aient connaissance de faits semblables, et si on peut penser que l'hystérie expliquerait, à elle seule, un cas de ce genre, en provoquant des contractions spasmodiques du gros intestin assez puissantes pour faire franchir aux matières la barrière représentée par la valvule de Bauhin.

M. Le Gendre : Ce qu'il y a de tout à fait exceptionnel dans l'observation de M. Desnos, c'est la longue durée du phénomène. Un cas authentique de défécation buccale a été rapporté par M. Jaccoud. M. Le Gendre en connaît lui-même un autre, dont l'observation se trouve dans la thèse du docteur Fouquet (*Sur quelques spasmes d'origine hystérique*, 1880). Dans ces deux cas, le phénomène, qui avait été passager, était attribué à des contractions antipéristaltiques de l'intestin, à de véritables spasmes hystériques.

M. Mathieu : Un fait analogue a été publié dans la *Revue de médecine*, il y a un an ou deux, par M. Cherchewsky. Mais, ici, le sujet n'était pas du tout hystérique. Comme dans les deux cas cités par M. Le Gendre, la défécation buccale fut très passagère.

— M. Rendu : Une femme de 30 ans, jusque-là bien portante, fut prise, sans cause appréciable, le 8 octobre dernier, d'une douleur vive dans le genou droit. Quelques jours après, la malade entra à l'hôpital. On constata la présence d'un épanchemeut considérable; les douleurs étaient extrêmement vives; la température atteignait, le soir, 38°5. Cette arthrite n'était point rhumatismale; il n'y avait pas de blennorrhagie.

Après avoir essayé sans résultats l'immobilisation, les compresses d'eau blanche, l'antipyrine à l'intérieur, les sangsues autour de l'articulation, M. Rendu, craignant une arthrite purulente, pratiqua une ponction exploratrice le 27 octobre. Cette ponction ramena un liquide séreux, verdâtre, épais et floconneux. Une amélioration très passagère suivit cette ponction; puis les phénomènes se reproduisirent avec autant d'acuité.

Le 1er novembre, M. Rendu pratiqua une ponction évacuatrice qui donna isssue à 125 grammes de liquide verdâtre et épais; puis, sans retirer la canule, il injecta, dans l'articulation, une seringue de Pravaz de solution de sublimé au 1/4000e; on fit ensuite un pansement ouaté compressif et on immobilisa le genou.

L'amélioration fut rapide du côté de l'état local et de l'état général. A partir du 8 novembre, la fièvre tomba définitivement; l'arthrite disparut graduellement. Enfin, depuis quelques jours, la marche est possible. Les seules traces de l'arthrite sont un peu d'épaississement de la synoviale et un certain degré d'atrophie du triceps crural.

M. Rendu reste indécis au sujet de la nature de cette arthrite suppurée, survenue, sans cause appréciable, au milieu d'une santé parfaite. Le pus de l'épanchement a été examiné au microscope et cultivé. On n'a trouvé aucun microbe et les ensemencements sont restés stériles. On n'a pu malheureusement inoculer des animaux, ce qui peut-être eût décelé la nature tuberculeuse de la suppuration. Toutefois les poumons semblaient sains à l'examen le plus minutieux. La première ponction exploratrice ne peut être incriminée, puisqu'elle avait ramené un liquide déjà louche et floconneux, et que, d'autre part, on avait fait une antisepsie rigoureuse.

Mais le fait de M. Rendu est aussi très intéressant au point de vue thérapeutique. En effet, une suppuration du genou, quelle qu'en soit la nature, est toujours une affection grave. Même depuis les progrès de l'intervention chirurgicale, il n'est pas indifférent d'ouvrir largement le genou et d'y faire des injections antiseptiques; l'ankylose, ou, tout au moins, des raideurs articulaires interminables, en sont trop souvent la conséquence, et quelquefois même ces arthrites nécessitent l'amputation ou la résection du genou.

Or, dans le cas de M. Rendu, l'évacuation du liquide purulent et l'injection d'une très petite quantité de sublimé ont suffi pour amener la guérison; cette méthode ne produirait certainement pas des résultats aussi satisfaisants dans tous les cas d'arthrites purulentes; mais, dans tous les cas, on pourrait employer le procédé simple et inoffensif de M. Rendu avant de procéder à une intervention chirurgicale plus radicale, qui reste et qui restera toujours le traitement décisif des suppurations articulaires.

FORMULAIRE

Capsules contre le tænia. — Créquy.

Extrait éthéré de fougère mâle .... 8 grammes.
Calomel .... 0 gr. 80 cent.

Mêlez et divisez en 16 capsules. — Le matin à jeun, prendre, toutes les cinq minutes, une de ces capsules dans une cuillerée d'eau sucrée. — En général, le tænia inerme est rendu quelques minutes après l'ingestion de la dernière capsule, ou quelquefois un peu avant. Cependant, si l'expulsion tarde, on prescrit, deux heures après la dernière capsule, et en une fois, 80 grammes de sirop d'éther. — En cas d'insuccès, on attend encore deux heures, et on administre au malade 40 grammes d'huile de ricin dans du café noir. — Pas d'aliments salés avant le soir, à cause du calomel ingéré dans les capsules.

N. G.

COURRIER

Poursuite contre une sage-femme cause de syphilis sur les nourrices. — Dans le dernier numéro du *Zeitschr. f. Mediz.*, le doct. L. Leo, de Bonn, rend compte d'un intéressant procès intenté à une sage-femme. Suivant une très ancienne coutume, cette sage-femme avait employé une vieille femme sans dents comme « têteuse patentée »; quand une accouchée avait les seins trop gonflés et que l'enfant ne parvenait pas à les vider, cette spécialiste débarrassait elle-même la nourrice du lait en excès. Malheureusement, en 1884 et 1885, quatre femmes furent atteintes de syphilis, après que la vieille eut sucé leur lait, et l'on aurait constaté alors qu'elle avait mal à la bouche; bientôt la maladie atteignit deux des maris ainsi que plusieurs nouveaux-nés et causa certainement la mort de l'un de ceux-ci.

Dès que ces faits furent connus des autorités, la sage-femme fut poursuivie pour blessures corporelles par négligence. Quant à la têteuse, elle ne fut pas inquiétée.

Le collège médical rhénan consulté fut d'avis que la sage-femme devait connaître le danger qu'il peut y avoir à faire têter une femme par une autre personne et qu'il y avait eu imprudence de sa part. Dans le manuel à l'usage des sages-femmes, il serait recommandé de se servir en pareil cas d'un bout de sein en verre. Le tribunal, en conséquence, condamna la sage-femme à six mois de prison.

Celle-ci interjeta appel. La cour ordonna alors une nouvelle enquête, sous prétexte qu'il n'était pas démontré : 1° que l'inculpée eût eu connaissance de l'état de la bouche de la têteuse, et 2° que, même avec une attention suffisante, il lui eût été possible de reconnaitre l'existence d'accidents contagieux.

L'inculpée fut acquittée pour ce motif que la syphilis des lèvres est une maladie assez rare pour que l'idée d'un danger d'infection par cette voie puisse ne pas venir à l'idée d'une sage-femme. D'ailleurs, dans les anciens manuels mis entre les mains des sages-femmes, le procédé en question serait formellement recommandé; dans les nouveaux, il ne serait pas expressément défendu.

Hôpital Bichat. — *Clinique et thérapeutique médicales.* — M. le docteur Henri Huchard commencera ses conférences le jeudi 3 décembre, à neuf heures et demie, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

A neuf heures et demie, causeries cliniques et thérapeutiques à la salle Louis d'abord, et à la salle Bazin ensuite. A dix heures et demie, présentation de malades avec discussion sur le diagnostic et la thérapeutique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

La tuberculose bovine et le lait à Paris.

Nos lecteurs ont pu voir que l'injection de tuberculine pouvait être utile pour le diagnostic de la tuberculose bovine. Quel est donc, en réalité, l'état sanitaire des vaches à Paris, et y a-t-il lieu de soumettre les animaux à des injections périodiques du liquide de Koch? On peut répondre à cette question à l'aide des chiffres recueillis par M. Robin dans un rapport communiqué à la Société de médecine pratique et publié par la *Revue d'hygiène*.

Les vaches, à Paris, sont atteintes surtout de deux maladies contagieuses : la péripneumonie et la tuberculose.

La péripneumonie est fréquente; dans son service, du 1er janvier 1885 au 1er janvier 1889, M. Robin en a compté 295 cas; soit une moyenne annuelle de 74 à 75 malades sur un effectif de 3,300 à 3,500 bêtes. La contagion de la péripneumonie est évidente, mais elle ne paraît pas se transmettre à l'homme par l'usage de la viande ou du lait. Les animaux atteints sont très dangereux, car ils peuvent propager très facilement la maladie; du reste,

FEUILLETON

CAUSERIE

L'exercice illégal de la médecine fournit rarement des incidents aussi amusants que celui qui se passe en ce moment aux portes de Paris.

Une lutte homérique est engagée, en ce moment, entre le parquet de la Seine, d'une part, et, d'autre part, une dame Schiklé qui s'est établie « médecin », à Billancourt, sous la dénomination un peu ambitieuse de « docteur Verneuil ».

Le parquet, sur la plainte des médecins de la contrée, a poursuivi Mme Schiklé pour exercice illégal de la médecine et l'a fait condamner à 500 francs d'amende. La femme-docteur a payé et a tranquillement continué ses consultations.

Nouvelles plaintes, nouvelles amendes.

Mais, cette fois, le soi-disant docteur Verneuil, invité à se présenter au parquet, a déchiré la convocation et en a renvoyé les morceaux au procureur de la République.

Mme Schiklé a écrit, en même temps, au préfet de police, au préfet de la Seine et au ministre, pour protester contre les poursuites dont elle est l'objet. Elle prétend que sa situation est parfaitement légale, attendu qu'elle a passé brillamment une thèse sur les maladies nerveuses et mentales des femmes.

une loi du 21 juillet 1881 prescrit l'abatage des bêtes malades et, dans certains cas, de celles qui ont été en contact avec les premières.

La tuberculose bovine est fort rare dans les vacheries de Paris. De juillet 1884 à juillet 1888, M. Robin n'en a trouvé que 9 cas sur 290 animaux abattus presque tous pour péripneumonie. En Bavière, à Augsbourg, à Munich, à Strasbourg, le nombre des animaux atteints serait de 2 p. 100.

Du 15 juillet au 15 août 1884, le service d'inspection de la boucherie à Paris a trouvé, sur 16,122 animaux abattus à la Villette, 169 tuberculeux. Sur 2,210 animaux abattus à Grenoble pendant la même période, il n'y avait que 9 tuberculeux.

A Rouen, M. Vayssière a constaté, en 1881 : bœufs, vaches et taureaux, 12,174 abattus, 23 tuberculeux; Paris, 10,577 abattus, 11 tuberculeux. En cinq ans, il n'a vu que 4 veaux tuberculeux.

La tuberculose bovine est donc rare et cela particulièrement chez les veaux qui sont élevés presque exclusivement avec du lait.

La consommation du lait à Paris atteint de 450,000 à 500,000 litres par jour. Pour avoir du lait pur, le plus sûr est de s'adresser directement à une vacherie établie dans la ville, les autres laits étant presque tous suspects d'adultérations variées.

A Paris, les nourrisseurs sont soumis à une triple surveillance : 1° celle des inspecteurs des établissements classés; 2° celle de l'inspection des denrées alimentaires; 3° celle du service de santé vétérinaire.

En mai 1887, il y avait, dans la ville, 490 nourrisseurs et 6,850 vaches laitières. Les vaches appartiennent à différentes races, hollandaise, flamande, normande, races de Suisse, qui ont toutes leurs qualités et leurs défauts. Un des meilleurs laits est celui fourni par les vaches normandes; malheureusement, la lactation dure peu et cette race n'est utilisée que pour du lait vendu fort cher. La hollandaise a une période de lactation très longue, mais le lait est pauvre et aqueux. En général, on ne conserve à Paris une vache que pendant sept à huit mois.

Elle ajoute que cette thèse lui a valu les éloges du jury.

Mme Schiklé dit encore que Pasteur n'est qu'un ignorant, Charcot un charlatan et qu'elle se ferait forte, au besoin, de réfuter victorieusement toutes leurs théories. Elle a du reste, toujours d'après ses lettres, une science bien supérieure à celle de tous les autres médecins, attendu que cette science lui est inspirée comme le don de guérir était inspiré au zouave Jacob.

Nous devons dire qu'à Billancourt, où elle exerce depuis longtemps, la femme-docteur est très aimée et très estimée. On rencontre de tous côtés des gens qui jurent avoir été guéris par elle, ce qui arrive, d'ailleurs, pour tous ceux qui exercent illégalement la médecine.

Aussi est-elle très gardée et très protégée. Il y a quelques jours, quand, à la suite de sa lettre au procureur de la République, on est venu l'arrêter, elle a carrément refusé de suivre les agents, a menacé de se coucher à terre, de se laisser traîner et d'ameuter tout le pays.

Devant cette attitude, et pour éviter un scandale, les agents ont dû se retirer.

Depuis ce temps, on a essayé de nouveau de revenir avec une voiture pour l'emmener. Mais, comme nous le disions plus haut, on fait bonne garde autour d'elle et, de très loin, les agents sont signalés. La femme-docteur alors s'échappe, tantôt sous un déguisement, tantôt sous un autre, et on trouve la maison vide.

Comment cette lutte finira-t-elle?

Les vacheries sont classées parmi les établissements dangereux, insalubres et incommodes.

Souvent, les étables sont malpropres, les animaux mal pansés, la litière peu épaisse. Mais ces inconvénients n'influent guère sur la santé des bêtes et sur la qualité de leur lait.

Les vaches laitières sont bien nourries ; elles reçoivent des rations variées et de petit volume que l'expérience a fait judicieusement composer. Plus on se rapproche de Paris, plus on donne aux laitières une alimentation riche en farineux ; de plus, l'eau ordinaire est souvent remplacée par la drêche liquide.

D'une façon générale, étant données les conditions dans lesquelles sont établies les vacheries, le lait *naturel* à Paris ne peut pas être mauvais. La moyenne de l'extrait sec est de 130 grammes par litre, 122 grammes étant la quantité-limite admise par le Laboratoire municipal.

Rien, dans les vacheries parisiennes, ne peut faire contracter une maladie contagieuse aux laitières. Mais les animaux, par suite du rapprochement des étables, par suite de la stabulation permanente, sont très exposés à tous les contages. Aussi, le département de la Seine est-il devenu un foyer permanent de péripneumonie contagieuse.

En résumé, la péripneumonie, qui est fréquente, ne se transmet pas à l'homme par le lait, et la tuberculose, pour laquelle ce mode de transmission existe, est fort rare. Il y a donc lieu, d'une part, de ne pas concevoir des craintes excessives lorsque l'on fait usage de lait non bouilli ; d'autre part, de surveiller attentivement les vacheries.

Les injections de la lymphe de Koch, qui n'altèrent pas le lait et sont un bon moyen de diagnostic, devraient donc entrer dans la pratique courante.

---

*
* *

Autre exemple d'exercice illégal de la médecine.

Le tribunal correctionnel de Nontron était, depuis quelques mois, saisi d'une poursuite pour exercice illégal de la médecine et de la pharmacie exercée contre l'abbé Segonzac, inventeur, — avec deux de ses frères, curés comme lui, — et propagateur d'un remède de famille guérissant une foule de maux. C'est une espèce de pommade qui était connue sous le nom de « *pommade des trois curés* ». Sur la plainte de M. Bossontrot, docteur en médecine, le parquet s'est mis en devoir d'arrêter la circulation de ce remède. A côté de l'abbé comparaissaient deux pharmaciens prévenus d'avoir vendu à leurs clients ce remède secret, composé tout simplement d'huile, de cire et de camphre, — au dire des experts. Enfin, on avait impliqué dans les poursuites les gérants de quatre journaux qui avaient publié des annonces relatives à cette mirifique pommade. Le tribunal vient de statuer : L'abbé Segonzac est condamné à 10 francs d'amende pour chaque délit relevé (il y en avait 29) ; des amendes de 50 et 25 francs ont été infligées aux deux pharmaciens. Quant aux journaux, ils ont été acquittés. Nous ne comprenons pas pourquoi, dit notre confrère du *Progrès*, on a impliqué quatre journaux dans les poursuites. Nous serions bien aise de recevoir, sur ce sujet, des renseignements circonstanciés. On ne peut pas admettre qu'un journal soit responsable du médicament qu'il a annoncé ! D'ailleurs, le tribunal les a acquittés ; le contraire eût été réellement extraordinaire. Mais, qui a fait poursuivre les journaux ? Nous serions heureux d'être fixé sur ce point.

Traitement de la cystite aiguë blennorrhagique par l'essence de santal.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 14 novembre 1891,

Par le docteur Edmond WICKHAM, ancien aide d'anatomie de la Faculté.

Le traitement de la cystite blennorrhagique par les résineux n'est pas nouveau; Hunter lui a dû de nombreux succès, et depuis, Baizeau, Rollet, Pellizarri ainsi que d'autres ont recommandé particulièrement les vertus palliatives du cubèbe et du copahu. Les chirurgiens de notre temps, parmi lesquels je dois surtout signaler le professeur Guyon et ses élèves, sont loin de partager cet avis; il résulte des expérimentations cliniques de ces derniers praticiens que les balsamiques ont une influence défavorable sur les symptômes tapageurs de la phlegmasie vésicale d'origine blennorrhagique; la pollakiurie, accompagnée si souvent de pyurie et d'hématurie, ne céderait nullement suivant eux à cette classe de médicaments, tandis que la solution argentique au cinquantième, instillée avec prudence et économie dans l'urèthre postérieur et de là au niveau du col, serait cause presque sûrement de la disparition relativement rapide des phénomènes graves que j'énumérais il y a un instant. Pendant mon année d'externat à l'hôpital Necker, et dans ma clientèle particulière, j'ai pu me rendre compte du bien fondé des faits relatés par ces praticiens dans leurs écrits, mais je suis conduit à faire remarquer que ce mode de traitement n'est pas à la portée de tous. Il faut et une instrumentation spéciale et une certaine habileté opératoire; sans conteste, il n'est pas indifférent que les instillations soient exécutées par une main inexpérimentée; en dehors des souffrances qu'un débutant est capable de susciter, des accidents graves sont à craindre.

Lorsque j'étais interne du docteur Horteloup, à l'hôpital du Midi, j'ai suivi un assez grand nombre de malades atteints de cystite blennorrhagique. Ces derniers mois, à l'hôpital Necker, j'ai eu sous les yeux plusieurs cas de la même affection; mon très cher Maître, tout en reconnaissant les heureux effets des instillations argentiques, les traite systématiquement

---

*
* *

La 17e chambre du tribunal civil de Berlin vient d'avoir l'occasion de se prononcer sur les obligations qui incombent, dans ce pays, aux *médecins de famille* ou médecins à l'année, coutume qui existe dans beaucoup de points de l'Allemagne.

Un maître boucher de la cour avait depuis dix ans un médecin de famille qui, une fois par semaine, toutes les deux semaines au moins, se rendait à domicile pour examiner l'état de santé des membres de la famille. Il recevait pour cela, chaque année, une somme de 100 marcs (125 francs). Au mois d'août de l'année dernière, le médecin eut à faire au boucher plusieurs visites de nuit. Appelé de nouveau au milieu de la nuit, il déclara qu'il était lui-même souffrant, et engagea son client à s'adresser, pour cette fois, au service de nuit. A partir de ce jour, le médecin ne parut plus au domicile du maître boucher, bien qu'il sût que ce dernier était souffrant et avait besoin de soins médicaux presque quotidiens. En conséquence, le maître boucher ne se crut pas obligé de payer les honoraires des quatre derniers mois, et il ne solda que la somme de 66,66 marcs, honoraires partiels allant jusqu'à la fin d'août.

Mais le médecin assigna son client pour la somme complémentaire de 33,33 marcs et obtint un jugement favorable. Le maître boucher alla en appel. Son avocat plaida, avec juste raison, que le médecin s'était soustrait lui-même aux obligations du contrat, et que, par suite, il ne pouvait prétendre aux honoraires afférents aux quatre derniers

par l'essence de santal; le malade prend, dans les vingt-quatre heures, environ seize capsules de 40 centigrammes chacune. Ce moyen thérapeutique lui fut conseillé par le docteur Simonet, l'un des plus fins observateurs de l'hôpital du Midi, et, je dois le dire, il n'a jamais eu qu'à s'en louer. Lorsque la pollakiurie marche de pair avec une perte de sang, les urines ne sont plus teintées en rouge dès le second jour; quant à la douleur, ainsi qu'il ressort des observations dont je vous donnerai lecture, elle diminue avec rapidité. On devra recommander aux malades de ne prendre que deux par deux, et à intervalles à peu près égaux, les capsules d'essence de santal; c'est là une prescription sur laquelle il faut insister, si l'on veut constater les heureux effets de ce mode thérapeutique.

Observation I. — D..., 26 ans, télégraphiste, entre à la salle Civiale (hôpital Necker) le 25 août 1890. Il y a trois semaines, un écoulement uréthral assez abondant, blanc verdâtre, s'est manifesté, mais n'a duré que quatre jours; immédiatement après cette disparition, D... a ressenti de violentes douleurs à la fin de la miction, qui est devenue fréquente. D... a pris des grands bains et, sous cette influence, les symptômes, douleur et pollakiurie, ont sensiblement diminué. Deux jours avant son entrée à l'hôpital, par suite de fatigue, D... a été repris de mictions douloureuses et fréquentes; de plus, les urines se sont teintées de sang.

26 août 1890. — 1,600 grammes d'urines par vingt-quatre heures; urines rougeâtres présentant un léger dépôt purulent au fond du vase (examen fait avec l'ammoniaque). On constate au méat un suintement opalin insignifiant.

Traitement : Repos absolu au lit. Cataplasmes de farine de lin arrosés de 20 gouttes de laudanum en permanence sur la région hypogastrique; 12 capsules d'essence de santal par jour.

27 août. — L'hématurie a presque entièrement disparu.

29 août. — Le malade n'urine plus que six à sept fois dans les vingt-quatre heures; il ressent encore une douleur, peu accentuée d'ailleurs, après la miction.

1er septembre. — Continuation de l'amélioration.

7 septembre. — Le malade va bien. On cesse tout traitement.

Obs. II. — H..., 31 ans, charretier, entre à la salle Civiale le 17 septembre 1890 pour une cystite blennorrhagique dont le début remonte à trois semaines.

---

mois. D'après les coutumes locales, le médecin de famille serait tenu de faire des visites aussi bien quand il est appelé que quand il ne l'est pas.

La chambre civile a adopté cette manière de voir et elle a condamné le médecin à restituer les 33,33 marcs. D'après ses considérants, les visites, selon la coutume locale, sont une des obligations nécessaires du médecin de famille. Il est tenu de surveiller l'état de santé de la famille qui lui est confiée, et de faire ce qu'il peut pour prévenir l'éclosion de maladies; il ne peut s'acquitter de ce devoir qu'en allant visiter la famille, même sans invitation, pour se rendre compte de son état de santé. Dans l'espèce, le médecin aurait dû, en général, faire une visite hebdomadaire. Il aurait dû, tout particulièrement, faire une visite, même sans y être invité, après la nuit en question, puisqu'il savait son client malade. Il ne l'a pas fait; il ne s'est plus montré à la maison. Il faut y voir un refus de continuer les services qui étaient l'objet du contrat. Ce refus donne absolument raison à l'autre partie.

***

Les chercheurs trouvent parfois dans les ouvrages de médecine des choses étonnantes. Cette fois, nous voici, grâce au *Lyon médical,* renseignés sur les origines de l'irrigateur.

Tout le monde connait la leçon de clinique de Lasègue, où le maître parle avec enthousiasme (et peut-être avec reconnaissance) de la médication par le lavement, « médication pour laquelle il ne peut se défendre d'une grande admiration ». Notre collaborateur Paul Le Gendre a aussi écrit dans sa thèse quelques pages bien senties sur cette médi-

Première blennorrhagie à 18 ans, ayant duré six semaines, soignée à la consultation de l'hôpital du Midi; seconde blennorrhagie à 25 ans, qui se serait accompagné, au dire du malade, de symptômes analogues à ceux que nous constatons aujourd'hui, mais beaucoup moins accusés. Il y a deux mois, H... a contracté une nouvelle blennorrhagie, traitée par des injections d'eau froide faites à canal fermé et répétées trois fois par jour; de plus, on lui a conseillé de prendre, tous les jours, 6 capsules d'essence de térébenthine. Au bout de trois semaines, tout écoulement avait cessé.

Dans les derniers jours d'août, H... a été pris subitement de besoins impérieux d'uriner, dont la fréquence a été en augmentant jusqu'à ce jour.

17 septembre. — Pollakiurie (20 à 25 mictions dans les vingt-quatre heures); douleurs très vives à la fin de la miction, lesquelles semblent naître au devant de l'anus pour irradier le long des deux membres inférieurs. Urines sanguinolentes; la vessie une fois vidée, le malade expulse du sang presque pur; aussi on trouve au fond de son bocal des caillots de sang mélangés à du pus. La pression sur l'hypogastre est douloureuse; elle suscite un besoin vif d'uriner.

Traitement : Repos au lit. Régime lacté; 16 capsules d'essence de santal.

18 septembre. — A midi, le sang disparait complètement dans les urines, mais elles laissent toujours déposer une certaine quantité de pus. La pollakiurie n'est plus aussi intense; les phénomènes douloureux n'ont pas changé.

22 septembre. — Grande amélioration. Le malade n'urine plus que sept à huit fois dans les vingt-quatre heures; la douleur à la fin de la miction est devenue très tolérable.

25 septembre. — Le malade va bien; les mictions sont normales, mais les urines contiennent toujours du pus. Instillation de 15 gouttes de solution de nitrate d'argent au cinquantième au niveau de l'urèthre postérieur et du col.

27 septembre. Diminution du pus. Nouvelle instillation.

28 septembre. — H... demande son *exeat.*

Obs. III. — F..., jardinier, 30 ans, entre, le 7 novembre 1890, à la salle Civiale, pour une cystite blennorrhagique dont le début paraît remonter à trois jours. Deux blennorrhagies antérieures, l'une il y a six ans, l'autre il y a trois ans. Dans la seconde quinzaine d'octobre, à la suite d'un excès de coït avec une femme, laquelle, paraît-il, était en pleine période menstruelle, il s'est aperçu que son canal était le siège d'un écoulement abondant. Voulant tenter d'arrêter subitement l'écoulement, F... prit de hautes

---

cation. On sait moins l'origine de l'instrument qui sert à donner le lavement. Voici celle que donne le *Lyon médical :*

Près de mille ans avant l'invention du *clysterium* en France, Avicenne décrivait le *clysoir*; les Arabes le perfectionnèrent et, pendant que la France l'oubliait au XVe siècle, l'Espagne, moins ingrate (et peut-être plus constipée), le maintenait en honneur. Donner un lavement se disait en espagnol « echar gaitas », c'est-à-dire à peu près « pousser la cornemuse ». Cette expression imagée venait de ce que le lavement se donnait « avec une bourse de cuir qui a un tuyau au bout »; c'est la poire en caoutchouc contemporaine.

Donc, contrairement à ce que l'on croit généralement, la France n'a rien inventé en la matière; elle n'a fait que perfectionner, mais elle a bien d'autres gloires!

Simplissime.

Mixture contre l'anurie de la néphrite scarlatineuse. — Starr.

Extrait fluide de Jaborandi	15	grammes.
Citrate de potasse	25	—
Eau distillée	75	—

Faites dissoudre. — Une cuillerée à café toutes les quatre heures, pour remédier à l'anurie qui se produit chez les malades atteints de néphrite scarlatineuse. — N. G.

doses de copahu, qui lui amenèrent des troubles intestinaux; il cesse au bout de quatre jours et remplace ce traitement par de l'eau de graine de lin et de grands bains. Il y a cinq jours, il reçut une forte ondée et ses vêtements restèrent mouillés pendant plusieurs heures; l'écoulement uréthral avait beaucoup diminué depuis quelques jours. Le surlendemain de cet incident, F... se réveilla avec une douleur vive à l'hypogastre, et, lorsqu'il se mit à uriner, il ressentit à la fin une violente douleur; une heure après, il dut uriner à nouveau et, cette fois, il remarqua que les dernières gouttes d'urine étaient suivies de quelques gouttes de sang.

7 novembre. — Pollakiurie douloureuse; vingt à vingt-cinq mictions dans les vingt-quatre heures; le malade urine plus souvent la nuit que dans le courant de la journée. Urines rougeâtres et troubles; hématurie à la fin de chaque miction.

Traitement : Repos au lit; 16 capsules d'essence de santal.

8 novembre. — Pas d'amélioration notable. Le toucher rectal ne révèle rien d'anormal du côté de la prostate. Les reins ne sont pas douloureux à la pression et ne semblent pas augmentés de volume.

9 novembre. — Le sang a disparu; les urines sont troubles, mais non rougeâtres comme les jours précédents; les mictions sont un peu moins fréquentes (douze à quinze dans les vingt-quatre heures), mais la douleur continue à être accentuée. Même traitement.

11 novembre. — L'état du malade est bien meilleur; la pollakiurie a pour ainsi dire disparu; il ne reste plus qu'un peu de douleur à la fin de chaque miction et du trouble dans les urines.

12 novembre. — M. Horteloup devait faire au malade des instillations de solution de nitrate d'argent pour amener la disparition de la pyurie, mais F... a demandé avec insistance son exeat, et il a été perdu de vue depuis.

Obs. IV. — G..., 25 ans, graveur, entre à la salle Civiale le 15 novembre 1890 pour une cystique blennorrhagique. Il y a deux mois, il a contracté, pour la première fois, la blennorrhagie, laquelle a été mal soignée. Il y a huit jours, il a été pris de douleurs vives en urinant; de plus, il a remarqué que ses urines n'avaient pas leur limpidité normale.

15 novembre. — Pollakiurie; huit à dix mictions de six heures du matin à six heures du soir; douleurs très vives à la fin; léger pissement de sang.

Traitement : 12 capsules d'essence de santal; eau de goudron mélangée au vin.

17 novembre. — Hématurie disparue. Continuation des phénomènes douloureux et de la pollakiurie.

Même traitement. Bain complet d'une demi-heure à renouveler chaque jour.

20 novembre. — Les mictions sont bien moins fréquentes ; la douleur, à la fin de la miction, est presque nulle; les urines se sont beaucoup éclaircies; malgré cela, M. Horteloup fait une instillation de 20 gouttes de solution de nitrate d'argent au cinquantième dans l'urèthre postérieur et au niveau du col.

22 novembre. — Nouvelle instillation.

23 novembre. — Le malade sort de l'hôpital. Urines presque plus troubles.

Obs. V. — B..., employé de commerce, 29 ans, entre à la salle Civiale le 28 mars 1891 pour une cystite blennorrhagique, dont le début daterait de six jours. Blennorrhagie à 20 ans ayant duré deux mois; au dire de B..., l'écoulement aurait complètement disparu, et c'est dans les derniers jours de février qu'il a remarqué l'apparition d'une nouvelle blennorrhagie. Il s'est soigné tant bien que mal, suivant les conseils de jeunes gens qui formaient son entourage habituel. Le 20 mars, il s'est aperçu que ses urines laissaient déposer une couche de substance bleuâtre, très adhérente au vase qui les contenait; de plus, la fin de chaque miction s'accompagnait de douleur préanale. Le lendemain, les phénomènes douloureux sont devenus intolérables; tous les quarts d'heure, paraît-il, B... rend à grand'peine quelques gouttes d'urine; aussi se décide-t-il à entrer à la Pitié dans un service de chirurgie.

A partir de ce moment, toute miction spontanée est impossible, et un cathétérisme,

répété quatre à cinq fois par jour, est pratiqué sans qu'il donne cependant évacuation d'une grande quantité d'urine. Le besoin d'uriner est permanent. Devant ces symptômes, on l'expédie le 28 à l'hôpital Necker. Lorsque nous examinons B...; nous constatons qu'il urine fréquemment, mais spontanément toutes les heures environ; chaque miction est douloureuse et suivie d'hématurie. L'urèthre est le siège d'un léger écoulement blanc jaunâtre, mais n'est rétréci en aucun de ses points.

Traitement : Grand bain tous les jours d'une demi-heure; cataplasmes laudanisés sur l'hypogastre; suppositoire belladono-morphiné matin et soir; 16 capsules de santal.

30 mars. — Les symptômes se sont beaucoup amendés. Continuation du traitement.

2 avril. — Cessation de l'hématurie. Le malade n'urine plus que toutes les trois ou quatre heures et les douleurs de la fin des mictions sont devenues tolérables.

7 avril. — Les urines sont très claires; les mictions sont normales comme fréquence, mais le malade se plaint encore d'une légère douleur à la suite de l'expulsion des dernières gouttes d'urine.

9 avril. — Exeat.

Obs. VI. — L..., garçon de salle, 32 ans, entre salle Civiale le 10 novembre 1890 pour une cystite blennorrhagique dont le début remonte à une dizaine de jours.

Première blennorhagie en 1882 n'ayant laissé aucune trace; en 1888, écoulement uréthral peu accentué, ayant donné lieu à des symptômes de cystite. A cette époque, il aurait reçu des soins dans un des services de chirurgie de l'hôpital Saint-Louis; au bout d'un mois, il serait sorti de l'hôpital complètement guéri.

Dans les premiers jours d'octobre, nouvelle blennorrhagie traitée au début par une injection dont il est impossible de connaître la composition; l'écoulement, en somme, n'a pas changé d'aspect, soit comme abondance, soit comme couleur; lorsqu'il y a dix jours L... a remarqué qu'en même temps que l'uréthrorrhée s'était en partie tarie, les mictions devenaient douloureuses surtout à la fin et les besoins d'uriner fréquents ainsi qu'impérieux.

10 novembre. — Pollakiurie douloureuse; urines rougeâtres, avec dépôt hémtique et purulent.

Traitement : Repos absolu au lit; 16 capsules d'essence de santal.

12 novembre. — Le sang a complètement disparu dans les urines. Le toucher rectal ne révèle rien d'anormal du côté de la prostate; il en est de même du côté des reins.

14 novembre. — Les mictions sont moins fréquentes et moins douloureuses. Même traitement.

17 novembre. — Grande diminution dans le nombre des mictions, qui sont encore douloureuses à la fin. Les urines laissent déposer du pus. Instillation de 20 gouttes de solution de nitrate d'argent au cinquantième au niveau de l'urèthre postérieur et du col de la vessie.

19 novembre. — Nouvelle instillation.

21 novembre. — Troisième instillation.

22 novembre. — Exéat. Le dépôt de matières purulentes a fortement diminué.

En résumé, en présence d'une cystite blennorrhagique, le docteur Horteloup conseille de faire usage des capsules d'essence de santal. Sans conteste, le santal a une action bienfaisante sur l'hématurie, ainsi que sur la pollakiurie douloureuse; mais tandis qu'en certains cas on voit en même temps se supprimer le dépôt purulent au fond du vase contenant les urines, dans d'autres cas, cette suppression ne se fait qu'avec le temps ; aussi M. Horteloup se décide-t-il, en présence d'une pyurie persistante, à instiller une vingtaine de gouttes de solution argentique au cinquantième, non seulement dans l'urèthre postérieur, mais encore au niveau du col. A la suite de deux ou trois instillations, les urines redeviennent généralement aussi claires qu'à l'état normal.

Notre expérience nous permet d'affirmer que les autres balsamiques ne

font qu'exaspérer les divers symptômes de la cystite blennorrhagique; les bienfaits de l'essence de santal sont explicables, puisqu'elle s'élimine par les reins sans causer de néphralgie, et par la peau, sans susciter le moindre exanthème; or, on sait que le copahu et le cubèbe donnent souvent naissance à des éruptions dont la guérison n'est obtenue qu'au prix de la suppression du médicament. En outre, le santal ne produit jamais les désordres intestinaux que l'on observe chez les malades soumis au traitement par les autres balsamiques; bien au contraire, il a une action stimulante sur la muqueuse de l'estomac, ce qui permet une alimentation convenable.

Il nous a paru intéressant de rappeler l'attention sur cette méthode thérapeutique, sans doute beaucoup oubliée, si l'on en juge par le peu d'emploi que l'on en fait. Elle ne méritait pas un tel abandon; la majorité des médecins, je le répète, n'a pas sous la main les instruments et l'habileté nécessaires pour instiller dans l'urèthre la solution argentique. La cystite aiguë blennorrhagique est une maladie qui nécessite des soins immédiats, aussi je ne saurais trop recommander le *modus faciendi* du docteur Horteloup; la guérison du malade est assurée par ce moyen, de même qu'avec les instillations argentiques; mais, ces dernières, je le répète, sont excessivement douloureuses, et le renouvellement en est difficile, si le malade n'a pas une confiance absolue dans le chirurgien qui a la direction du traitement.

REVUE DES CLINIQUES

Des abcès du sein, par M. le professeur DUPLAY (1). — Il existe un certain nombre d'abcès du sein : ceux du mamelon et de l'aréole et ceux de la région mammaire proprement dite. Les premiers sont acuminés, globuleux. À la région mammaire, il y a des abcès superficiels, des abcès profonds, développés dans la couche celluło-séreuse sous-mammaire et des abcès de la couche glandulaire. L'abcès sous-mammaire est facile à diagnostiquer; il projette en avant toute la glande, d'où résulte une tension extrême, un gonflement considérable qui sont caractéristiques. Ce qui caractérise surtout l'abcès glandulaire, c'est la liberté du tissu cellulaire sous-cutané, la mobilité de la glande indurée sur les parties profondes, la consistance spéciale qui rappelle celle d'une glande injectée de suif.

Le phlegmon mammaire est surtout fréquent après l'accouchement; on le rencontre encore assez souvent pendant la grossesse. Il est aujourd'hui bien prouvé qu'il est particulièrement commun chez les femmes qui cessent de nourrir après avoir allaité quelque temps. L'impression du froid, le manque de soins de propreté, les petites plaies produites par la bouche de l'enfant jouent aussi un rôle réel. Il en est de même avec une fréquence et une importance bien plus grandes des « crevasses », si communes même avant que l'enfant ait commencé de têter et qui peuvent être assez étendues pour détacher complètement le mamelon. Elles constituent une porte d'entrée pour toutes les causes d'infection, et sont, d'une façon générale presque ordinaire, le point de départ des mammites puerpérales.

Les théories pathogéniques qui ont eu cours sur cette affection sont du reste bien modifiées. Velpeau en était encore à la théorie de l'engorgement laiteux produisant une distension douloureuse des conduits galactophores, qui finiraient par se rompre, et le lait ainsi « répandu » dans le tissu cellulaire, se transformerait en pus. Il n'y a pas trente ans que Sappey, Nélaton et son élève Richard attaquèrent cette vieille doctrine. Ils admirent que la plupart des abcès du sein n'étaient que des lymphangites, que par-

---

(1) Résumé d'après le *Progrès médical*.

ties des crevasses gagneraient rapidement la profondeur. Cette théorie était assez séduisante, et les raisons anatomiques sur lesquelles elle s'appuyait, de nature à entraîner jusqu'à un certain point la conviction. Les preuves cliniques étaient loin d'être aussi concluantes. J'ai autrefois combattu l'hypothèse de Nélaton, en m'appuyant justement sur un certain nombre de faits cliniques : l'absence à peu près constante de ganglions axillaires dans les abcès du sein, tout d'abord, tandis qu'aux membres, la moindre lymphangite s'accompagne d'adénites parfois bien plus graves que la lymphangite causale; ensuite, le début tout à fait insidieux des abcès mammaires, singulièrement différent du début dramatique avec frissons, haute température, habituel aux lymphangites. Enfin je m'appuyais sur ce qu'on savait des abcès d'autres glandes; pour la parotide, pour le testicule, on ne discute même pas; et c'est par le canal de Stenon, pour l'un, par le canal déférent, pour l'autre, que remonte l'inflammation. De toutes ces considérations, je concluais qu'il était inutile de chercher, pour la glande mammaire, quelque chose de spécial et que l'inflammation devait, ici aussi, remonter par les conduits glandulaires et n'envahir que secondairement le tissu cellulaire.

Dans ces derniers temps, les doctrines microbiennes sont venues apporter un sérieux appoint à cette théorie. On comprend très bien, beaucoup mieux que par la voie lymphatique, l'infection par la voie glandulaire. Du reste, il ne s'agit pas seulement de vues théoriques. Schlœsser a découvert et décrit des microbes dans toute l'étendue de la glande mammaire jusqu'aux acini. M. Budin a fait connaître une forme d'abcès du sein, du reste assez rare. Chez trois malades, en pressant sur le sein, il fit sortir par un conduit galactophore, non du lait, mais du pus bien lié, dont il put, dans un cas, recueillir jusqu'à près d'un petit verre. Il cite même un fait de guérison complète par évacuation du pus à l'aide de cette manœuvre. Ici l'abcès avait, sans aucun doute, évolué du commencement à la fin dans l'élément glandulaire. C'était un abcès à staphylocoques. Disons, enfin, que M. Cazin et moi poursuivons, depuis quelque temps déjà, des recherches bactériologiques sur les abcès du sein; nous avons trouvé soit des staphylocoques, soit des streptocoques, jamais des pneumocoques, que nous avions espéré rencontrer dans quelques cas au moins et qui eussent été la trace manifeste de l'infection par la salive de l'enfant.

Quoi qu'il en soit, on doit admettre aujourd'hui que, dans la majorité des cas, il s'agit d'un agent microbien pénétrant dans les conduits galactophores à l'aide ou sans l'aide de crevasses. Une fois là, l'infection peut se limiter à l'élément glandulaire, comme dans le cas de M. Budin, ou secondairement envahir le tissu cellulaire.

Vous verrez pourtant, de temps en temps, un cas de lymphangite mammaire franche, mais l'infection affecte alors une marche tout à fait spéciale. Je crois qu'il est plus fréquent de voir la lymphangite venir compliquer la galactaphorite à un moment ou à un autre de son évolution; ce doit être le cas chez notre malade, où se trouvent dans l'aisselle des ganglions assez volumineux, quoique presque indolores, même au palper.

Quelle est la marche des infections mammaires? Parfois elles grossissent spontanément; presque toujours il se fait de la suppuration, partielle ou totale; l'inflammation peut se propager au tissu cellulaire sous-cutané ou profond, plus souvent au tissu cellulaire interlobulaire qui devient le siège d'un ou plusieurs abcès, simultanés ou successifs, transformant la mamelle en une éponge à pus.

Quelquefois, enfin, le pus se forme et reste dans les conduits galactophores; c'est la forme de M. Budin, déjà signalée par Chassaignac et que je considère comme n'étant pas absolument rare.

Le pronostic des abcès mammaires est parfois très bénin. La formation, l'ouverture, la guérison, peuvent se faire en quelques jours. Dans d'autres cas, l'affection est, au contraire, grave, fort longue, des trajets fistuleux traversent la région de toutes parts; ces formes intermédiaires comme pronostic sont les plus fréquentes.

Que faire en présence d'une infection mammaire? Au début, la compression, les réfrigérants, très employés en Allemagne, les topiques résolutifs (onguent napolitain) ou calmants (cataplasme antiseptique) seraient à essayer; mais je n'ai en eux qu'une très médiocre confiance. Je suis d'avis d'inciser dès qu'il y a de la fluctuation. Vous voyez combien ma manière d'agir est contraire à celle de Gosselin, qui recommandait de n'ouvrir l'abcès qu'à la dernière limite, même de le laisser s'ouvrir seul. Mais on redou-

tait alors l'érysipèle, les complications si fréquentes des plaies; aujourd'hui, ce qu'on doit surtout craindre, c'est de laisser, par une très longue attente, les fusées purulentes traverser et détruire la glande. Des contre-ouvertures seraient alors nécessaires; vous ne les épargnerez pas lorsque, ce qui se voit malheureusement parfois, la malade vient vous trouver à la dernière limite avec des abcès ou des fistules multiples. On a beaucoup insisté sur la direction rayonnée qu'il faudrait toujours donner aux incisions de la région mammaire; cela n'a pas si grande importance qu'on l'a dit, et la lésion d'un conduit galactophore n'est que d'un intérêt secondaire. Je veux terminer par une considération plus pratique. Ne vous attendez pas à voir de suite, après la guérison de l'abcès, la glande reprendre sa consistance normale; elle est parfois dure comme du bois encore pendant des semaines; il peut même se faire une poussée aiguë, mais c'est rare; le plus souvent, cette mammite chronique évolue lentement vers la guérison. C'est alors que vous retirerez d'une compression méthodique les plus réels avantages.

BIBLIOTHÈQUE

Hypnotisme, suggestion, lecture des pensées, par F. de Tarchanoff. Paris, G. Masson, 1891.

Le but principal de cet ouvrage est de démontrer que les traits fondamentaux de ces phénomènes si mystérienx de l'hypnose, de la suggestion et de la lecture des pensées peuvent trouver une explication assez satisfaisante dans des faits psycho-physiologiques connus déjà dans la science, sans qu'il soit besoin de recourir à des hypothèses audacieuses et fantaisistes incompatibles avec les faits scientifiques les mieux établis.

M. de Tarchanoff n'admet pas qu'il puisse y avoir de lecture des pensées. Les expériences faites dans ce sens ne constituent pas un sujet sérieux d'investigations scientifiques, et la pensée de l'homme est un mystère pour les autres hommes, tant qu'elle ne s'exprime pas par des manifestations extérieures. Il n'est pas un devineur au monde qui puisse jamais réussir à la connaître, si elle veut garder son secret. — P. Ch.

Les eaux potables, conditions générales, application a l'hygiène sanitaire de la ville de Lyon, par E. Prothière. — Paris, J.-B. Baillière, 1891.

Dans cette étude d'hygiène locale, l'auteur met en évidence un fait qui intéresse les habitants de toutes les villes où il y a une canalisation d'eaux. Il a constaté que les meilleures eaux, après avoir traversé les galeries, contiennent encore des micro-organismes, et que ces micro-organismes se multiplient entre les réservoirs et le robinet d'arrivée. On doit donc procéder à une nouvelle filtration, et il est désirable que chacun fasse son possible pour rendre universel l'emploi, à domicile, des filtres de porcelaine

P. Ch.

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 30 novembre 1891, le Conseil supérieur de l'instruction publique est convoqué en session ordinaire pour le mercredi 23 décembre 1891. La durée de cette session sera de six jours.

— Le Conseil général des Facultés a décidé qu'à l'occasion du Jour de l'an les cours et exercices vaqueraient dans les Facultés du 27 décembre au 3 janvier.

Faculté de médecine de Paris. — MM. Ménétrier, Clado, Lyot, Lejars, Tissier, Martin de Gimard et Chaffard sont maintenus, pour un an, dans leurs fonctions de chef de clinique.

Sont institués, pour un an, chefs de clinique, les docteurs en médecine dont les noms suivent:

Clinique médicale: MM. Vaquez, Lion et Lyon. — Clinique chirurgicale: M. Delbet. — Clinique obstétricale : M. Varnier. — Clinique des maladies cutanées et syphilitiques: M. Hudelo. — Clinique des maladies mentales : M. Pactet. — Clinique des maladies du système nerveux : M. Dutil.

Sont institués, pour un an, chefs adjoints de clinique : 1° des maladies cutanées et syphilitiques, M. Wickham; 2° des maladies mentales, M. Sollier.

L'assistance médicale en Espagne. — L'assistance médicale dans les campagnes est organisée dans la péninsule espagnole, et les journaux contiennent souvent des annonces de postes vacants avec la mention des indemnités allouées par les communes pour les soins donnés aux indigents. Ces indemnités varient suivant le chiffre de la population et la richesse des localités à desservir. Dans les villages pauvres, elles sont très faibles, ainsi qu'on en pourra juger par l'exemple suivant :

Le *Bulletin officiel de Madrid* annonce la vacance du poste de Horcajo et de son annexe appelée Madarcos. La dotation consiste en 75 francs pour le premier centre de population et 60 francs pour le second, comme rétribution de l'assistance gratuite des pauvres. Les familles non indigentes peuvent s'abonner aux soins médicaux moyennant une redevance en nature, laquelle est fixée pour Horcajo à deux fanègues de seigle et à deux arrobes de pommes de terre, et pour Madarcos à une fanègue de la première denrée et à une arrobe de la seconde. La fanègue est d'une capacité d'un peu plus de 52 litres, l'arrobe représente un poids d'environ 11 kilogrammes et demi. En supposant donc que Harcajo contienne 60 familles non pauvres et que Madarcos en compte 30, le médecin recevrait 150 fanègues de seigle et 90 arrobes de pomme de terre qui, à un prix moyen, représenterait de 3000 à 3400 réaux (750 à 850 francs) pour assister 400 personnes logées dans deux centres de population et dans des maisons disséminées.

El Siglo médico, qui a reproduit cette note, ajoute qu'aucun praticien n'a répondu à l'appel de cette municipalité peu fortunée et par conséquent peu généreuse. Il serait à désirer que, dans ces cas, un secours fût accordé aux communes sur le budget de la province.

Hôpital Saint-Louis. — M. Hallopeau commencera, le dimanche 6 décembre, à dix heures du matin, dans la salle des conférences, ses leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques, et les continuera les dimanches suivants à la même heure, pendant les mois de décembre, janvier et février.

— Le docteur Gouguenheim ouvrira, le 8 décembre, à deux heures de l'après-midi, à l'hôpital Lariboisière, un cours clinique de laryngologie et de rhinologie, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

Mardi, jeudi, samedi, de neuf heures à onze heures, consultation des maladies du larynx et du nez, à l'hôpital Lariboisière.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Eugène Grandjean (de Void), doyen d'âge des conseillers généraux du département de la Meuse, et de M. R. Toussaint, interne des hôpitaux de Lyon.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

L'acétanilide et ses dérivés.

I. — L'ACÉTANILIDE.

L'acétanilide ou antifébrine (C_8H9A_2O) se présente sous la forme d'une poudre blanche, inodore, cristalline, de saveur assez désagréable, très peu soluble dans l'eau froide, assez soluble dans l'eau bouillante, soluble dans l'alcool et l'éther.

I

Les principales recherches sur la toxicité de l'acétanilide ont été faites par Lépine. D'après lui, à l'état normal, chez l'homme, une dose de 0,50 ne produit pas d'effet bien appréciable. Trois ou quatre doses semblables peuvent provoquer de la somnolence, de la diminution de la quantité de l'urine et parfois un peu de céphalalgie. Avec 2 ou 3 grammes, il se développe de la cyanose du visage et des mains, cyanose qui a été notée par la plupart de ceux qui ont donné le médicament. Lépine a été jusqu'à 5 ou 6 grammes par vingt-quatre heures chez des ataxiques en n'observant, comme phénomène secondaire autre que la cyanose, que des envies de vomir et quelques sensations céphaliques. Une dose de 0,25 par kilogr. n'est pas mortelle chez le chien.

La cyanose reste généralement insoupçonnée par le malade, parce qu'elle ne s'accompagne d'aucun phénomène subjectif (Guttmann). Elle est due à la transformation de l'hématine en méthémoglobine, ce qui donne au sang artériel une couleur brun sale. Il n'y a pas de coloration du sérum et la méthémoglobine redevient facilement de l'oxyhémoglobine. Après une longue administration de l'acétanilide, il y a une destruction globulaire assez forte.

Nous avons déjà eu occasion d'insister ici même sur les accidents d'intoxication que peut entraîner l'acétanilide (1) ; aussi nous bornerons-nous à rapporter quelques observations nouvelles.

Dans un cas de Maréchaux, un enfant de 5 mois prit par erreur 0,25 d'antifébrine. Environ quatre heures après l'absorption du médicament, il y avait une cyanose générale, les pupilles ne réagissaient plus à la lumière, la respiration était superficielle et accélérée, le pouls excessivement petit et rapide. De petites doses d'alcool et l'excitation de la peau à l'aide du drap mouillé réchauffèrent le malade et les phénomènes d'intoxication disparurent

(1) *Union médicale*, 1889, t. I, p. 438.

peu à peu. Il y eut de nombreuses selles vertes dues probablement à du calomel absorbé en même temps que l'antifébrine; c'est à ce calomel que serait due, par l'auteur, la disparition rapide des accidents.

Hatton a vu survenir, chez un typhique de 16 ans qui avait pris 0,30 centigr. du médicament, un collapsus intense; la température ne revint à la normale que quatre jours plus tard. Ce même malade eut des accidents identiques après une dose de 0,20.

Khakanoff et Molloff (1) ont vu se produire divers phénomènes. Après l'ingestion de deux prises de 1 gramme, le premier a observé de la cyanose de la face, de la gêne respiratoire, de l'arythmie cardiaque, des convulsions, de l'hypothermie. Il a remarqué que tantôt le médicament produisait la diurèse, tantôt la diaphorèse. Molloff a observé un collapsus après des doses de 0,50; la gêne respiratoire et le collapsus peuvent survenir sans qu'il y ait de cyanose.

L'haleine peut avoir une odeur d'aniline (Hartge).

Duragon a vu l'hypothermie se produire chez un malade qui n'avait pris que deux doses de 0,40 à vingt-quatre heures d'intervalle.

A la suite d'une tentative d'empoisonnement avec 10 grammes d'antifébrine, un malade de Kaposi présenta du vertige, des bourdonnements d'oreille, puis tomba à terre en proie à une dyspnée excessive. Il y eut ensuite de la somnolence, de la cyanose, une grande accélération du pouls, mais pas d'hypothermie. Après des vomissements, l'état du patient s'améliora rapidement.

Dans un cas de Furth, outre les phénomènes habituels, un enfant qui avait absorbé 4 grammes d'antifébrine présenta des convulsions. Anserow a observé de la transpiration après une assez forte dose (1 gramme); il n'a jamais noté d'action déprimante sur le cœur, la sensibilité ou la respiration.

Demme a noté des exanthèmes revêtant surtout l'apparence rubéolique.

Enfin, Suttle a rapporté un cas d'antifébrinomanie. Le malade avait pris le médicament comme analgésique et hypnotique pendant dix-huit mois. Un usage aussi prolongé avait entraîné une anémie notable et, de plus, le malade avait pris un tel goût pour l'antifébrine qu'on eut la plus grande peine à l'en déshabituer. Il aurait été pris plus de 60 onces du remède (1 once égale 28 gr. 34).

On voit, par ces quelques exemples, qu'il en est de l'acétanilide comme de l'antipyrine; elle peut provoquer des accidents toxiques quand on la donne à des doses qui sont habituellement bien tolérées. Bien qu'il n'y ait, à notre connaissance, qu'un seul cas de mort publié par Quast, il n'en faut pas moins être prudent et tâter la susceptibilité du malade (Lépine, Hayem).

II

L'acétanilide est surtout un *analgésique*. Un grand nombre d'auteurs l'ont employée avec succès contre les crises de douleurs fulgurantes des *ataxiques*, aussi bien que contre les crises gastriques (Cahn et Hepp, Dujardin-Beaumetz, Lépine, etc.). Hayem en a été moins satisfait.

(1) *Bulgarian Meditz. Preg.*, 1889, nos 1 et 2. (Analysé dans la *Revue hebdomadaire de clinique*, 1889, no 37, p. 597.)

Ott recommande le médicament dans les *céphalalgies*, la *migraine*, la *névralgie du trijumeau*, les douleurs utérines de la dysménorrhée. L'acétanilide n'agit, du reste, que sur le symptôme, et la prédisposition morbide aux divers accidents n'est pas modifiée. Demiéville, Seiffert ont aussi obtenu de bons résultats dans les névralgies. Pour Sarda, l'acétanilide est supérieure à l'antipyrine, quand il s'agit de névralgies anciennes ou d'excitation du système moteur. Hayem se loue du médicament dans la névralgie du trijumeau, mais il ne met pas à l'abri des récidives et, de plus, semble perdre peu à peu de son efficacité. On peut encore prescrire le médicament dans les douleurs rhumatismales musculaires, névralgiques et même articulaires; dans celles liées à la névrite des nerfs optiques, etc. (Dujardin-Beaumetz.)

Pour J. Thompson, l'acétanilide calme beaucoup mieux la douleur que l'antipyrine. En cas de faiblesse ou de dégénérescence du cœur, la phénacétine serait préférable.

Jendrassik conseille l'acétanilide contre l'excitation et les crises laryngées que l'on peut observer dans l'ataxie locomotrice. L'excitation de la démence paralytique serait aussi très calmée.

L'antifébrine a été essayée dans l'*épilepsie* par un grand nombre de médecins, mais avec des résultats très variables. Lépine et Dujardin-Beaumetz l'ont vu quelquefois réussir. Wildermuth n'a eu que de mauvais résultats; ses malades prenaient 1 gramme de bromure un jour, 1 gramme d'antifébrine l'autre jour, matin et soir; il y a eu augmentation progressive du nombre des accès.

Borosuyow a traité comparativement neuf épileptiques par les bromures et l'antifébrine; cette dernière échoua complètement. Il avait donné jusqu'à 2 grammes du médicament. Mabille, Hénocque, G. Sée ont noté de nombreux insuccès.

Dans neuf cas d'épilepsie, Diller a donné pendant quatre mois 0,20 d'antifébrine trois fois par jour. Le nombre des attaques a beaucoup diminué, bien plus qu'avec le bromure, et il n'y a pas eu de dépression mentale. Cependant, le bromure serait préférable quand on veut obtenir une suppression complète et rapide des attaques.

En fait, le nombre des échecs, après usage de l'antifébrine, est trop grand dans l'épilepsie pour que l'on puisse considérer le médicament autrement que comme un pis-aller.

L'acétanilide a pu diminuer le tremblement dans un cas de *sclérose en plaques*. R.-Y Sardina l'a vu amender la raideur, le tremblement épileptoïde et l'exagération des réflexes. Dans un cas de Weill, le médicament fit disparaître des attaques d'urémie convulsive.

Flammarion a traité avec succès un cas de *tétanos* traumatique par 0,20 d'acétanilide toutes les quatre heures. Il est vrai que le malade avait été auparavant saturé de chloral et de morphine.

J. Gordon a employé l'antifébrine comme *hypnotique* dans un certain nombre de maladies des enfants, telles que la broncho-pneumonie, la pneumonie, la bronchite. Les doses ordonnées furent de 0,12 à 0,30. Le médicament produit le sommeil, abaisse la température, ralentit le pouls et améliore la respiration. J. Gordon n'a pas observé d'effets secondaires fâcheux; il préfère, chez les enfants, l'antifébrine aux autres hypnotiques. Le sommeil dure de six à huit heures. Le médicament agit aussi quand l'insomnie dépend d'une douleur physique, d'un malaise général,

III

L'action antipyrétique de l'acétanilide n'est plus guère utilisée en France, mais a été très vantée en Allemagne (Cahn et Hepp).

D'après Mouisset, le médicament abaisse facilement la température dans la *fièvre typhoïde* (0,50 une heure avant le moment de l'exacerbation) et l'énergie cardiaque est accrue.

Love a employé l'antifébrine avec succès dans 50 cas de *scarlatine*; il a eu aussi de bons résultats dans de nombreux cas de *rougeole*.

Favrot a expérimenté le médicament dans la fièvre typhoïde et la fièvre hectique. D'après lui, administré à la dose de 0,05 à 0,10 d'heure en heure ou toutes les deux heures, il produit un abaissement persistant de la température, sans collapsus, ni cyanose, ni sueurs. Il n'y aurait pas d'inconvénients à prolonger l'usage de ce remède pendant longtemps.

D'après Anserow, la dose d'antifébrine nécessaire pour abaisser la température est plus grande dans le typhus abdominal exanthématique que dans la phthisie; le maximum de l'abaissement se produit de trois à quatre heures après l'administration du médicament. Après six à huit heures, la réascension se produit sans frissons.

Papadakis l'a administrée avec succès dans des fièvres intermittentes qui avaient résisté au sulfate de quinine. Il donnait 1 gr. 20 à prendre en quatre heures. Dans 11 cas sur 15, les accès de fièvre ont disparu.

Demme vante beaucoup l'antifébrine comme antipyrétique chez l'enfant; dans le cas de *phthisie pulmonaire* avec fièvre intense, elle est supérieure aux autres à l'antipyrine; quelquefois son action persiste deux à trois jours après qu'on en a cessé l'emploi.

Nothnagel et Rossbach ont constaté l'efficacité du médicament contre la fièvre de la pneumonie croupale, de la tuberculose, de la pleurésie, de la leucémie, etc.

IV

Love s'est bien trouvé de l'acétanilide dans la *coqueluche*; les quintes diminuaient de nombre et d'intensité.

Sonnenberger a considéré le médicament comme peu utile dans la coqueluche. Leuburcher a, au contraire, obtenu des résultats assez satisfaisants.

Dans la *bronchite*, Grun préconise l'acétanilide par prises de 0,25 à 0,50, au nombre de trois en vingt-six heures. Il faut dire qu'il rattache la bronchite aiguë à la présence d'un bacille spécial dont le traitement empêcherait la reproduction.

Shesmiutzeff a combiné l'emploi de l'acétanilide et du camphre dans le traitement de la *pneumonie*; le camphre empêcherait l'action dépressive de l'antipyrétique. Il conseille la formule suivante :

Acétanilide....................................	0 gr. 30 centigr.
Camphre....................................	0 gr. 15 centigr.

pour un cachet. A prendre en cachet toutes les quatre heures.

V

Sahli a recommandé très vivement l'antifébrine dans les *angines* comme anesthésique; les douleurs, à la déglutition, s'améliorent très vite. L'apaisement des douleurs se produit aussi dans les angines scarlatineuses et diphthéritiques, ce qui a de l'importance pour l'alimentation.

P. Basilevitch a rapporté 3 cas de *chancres ulcérés* (un dur, deux mous) qui guérirent rapidement sous l'influence de la poudre d'acétanilide; le prix peu élevé et l'absence d'odeur rendent le médicament supérieur à l'iodoforme.

A.-H. Newth a prescrit l'acétanilide associée aux mercuriques dans le *psoriasis*. Il l'a employé dans le traitement des ulcères chroniques irrités, de l'érysipèle, de l'urticaire, de l'herpès. Il conseille la préparation suivante :

Acétanilide	1 gr. 25 centigr.
Vaseline	30 grammes.

VI

L'antifébrine doit être donnée par doses de 0,35 à 0,50 toutes les quatre heures en cachets ou mieux en solution dans l'élixir de Garus; 5 grammes pour 170 de l'élixir, comme le conseille Weill. Le plus généralement, il faut atteindre d'assez fortes doses quand on emploie le médicament comme analgésique, 2 grammes sont souvent nécessaires. La dose antipyrétique est de 20 à 40 centigr. (Bardet). Pour les enfants, on peut mélanger le médicament avec du sucre en poudre et le déposer sur la langue ou bien l'administrer dans un mélange édulcoré avec du sirop.

Demme donne, une ou deux fois en vingt-quatre heures :

Aux enfants de 2 à 4 ans	0 gr. 05 centigr. à 0 gr. 78 centigr.
— de 5 à 10 ans	0 gr. 10 centigr. à 0 gr. 20 centigr.
— de 11 à 15 ans	0 gr. 20 centigr. à 0 gr. 30 centigr.

Falk regarde le médicament comme redoutable chez les enfants.

(*A suivre.*)

REVUE DES CLINIQUES

La mortalité en obstétrique depuis l'adoption des méthodes antiseptiques, par M. le professeur Tarnier (1). — Dans le courant de l'année scolaire qui vient de s'écouler, 1,340 femmes ont accouché dans nos salles. Sur ce nombre, 14 sont mortes, ce qui représente une mort sur 95 accouchées ou une mortalité de 1,04 p. 100. Il y a huit ans, si nous nous en rapportons aux statistiques de l'époque, nous voyons que, sur 1,340 accouchées, il en mourait 33, soit une mort sur 40 accouchées ou une mortalité de 2,50 p. 100. Enfin, il y a trente ans, sur 1,340 accouchées, il en mourait 120, soit une mort sur 11 accouchées ou une mortalité de 9 p. 100.

Ces chiffres n'ont pas besoin de commentaires, et, tout en désirant les voir s'améliorer par la suite, nous devons nous féliciter hautement de la situation particulièrement favorable dont ils sont la caractéristique. Ils nous prouvent, en effet, qu'à l'heure actuelle, et pour le seul service d'accouchements que je dirige, c'est plus de 100 femmes qui, chaque année, échappent à la mort.

Pour vous bien rendre compte d'un résultat aussi favorable, vous devez considérer, qu'il y a trente ans, les femmes qui mouraient des suites de couches pouvaient être divisées en deux parts. L'une, la petite part, était composée de femmes qui mouraient pendant leur accouchement à la suite d'accidents foudroyants (rupture utérine, éclampsie, hémorrhagie, etc.); l'autre, la grosse part, était due aux accidents puerpéraux proprement dits (péritonite puerpérale, infection puerpérale, etc.). Pour ne vous citer qu'un

(1) Résumé d'après le *Bulletin médical*.

chiffre, je vous rappellerai, qu'étant interne, je vis mourir, dans le même jour, 5 femmes des suites d'une péritonite puerpérale! Or, aujourd'hui, ces accidents, nous ne les observons plus, et c'est à ce point de vue que, pendant l'année qui vient de s'écouler, sur les 14 décès que nous avons constatés, il n'en est pas un seul qui puisse être mis sur le compte d'un accident puerpéral. Il ne saurait y avoir aucun doute à ce sujet, et, pour vous le démontrer, il me suffira de vous indiquer les causes des décès des 14 femmes mortes dans ce service.

L'une est morte d'une rupture utérine : c'était une femme atteinte d'un rétrécissement du bassin à laquelle nous avons proposé l'accouchement prématuré; malgré nos instances répétées, elle s'y était refusée. Son accouchement ayant eu lieu à terme, son utérus éclata pendant le travail.

Une de nos mortes est une femme accouchée dans des conditions ordinaires, à laquelle nous fîmes une injection intra-utérine de sulfate de cuivre. Immédiatement après, elle fut prise de malaises, de céphalalgie, de convulsions, et, quatre heures plus tard, elle mourait.

A l'autopsie, nous ne trouvâmes rien qui pût expliquer la mort, pas même une embolie, et, ne pouvant trouver mieux, j'en fus réduis à porter le diagnostic de syncope.

Est-ce à l'injection intra-utérine de sulfate de cuivre que nous devons attribuer cet accident? Je ne le pense pas, car, fréquemment, ces injections ont été faites dans le service sans inconvénients.

D'ailleurs, hier encore, pareil accident nous est arrivé, et la malade, accouchée normalement, ne reçut pas d'injections intra-utérines; on se contenta d'un simple lavage vaginal. Au bout de quelques heures, elle mourait subitement, et l'autopsie demeura absolument négative. C'est encore au diagnostic de syncope que je me rallie, tout en reconnaissant, cependant, ce que ce diagnostic a d'insuffisant pour donner la raison de faits pareils, que les auteurs de tous les temps ont connus et signalés sans les expliquer cependant.

Deux femmes sont arrivées ici phthisiques à la dernière période, et, lorsqu'elles ont accouchées, elles étaient mourantes. Nous les avions reçues, prévoyant bien d'avance qu'elles allaient charger notre statistique mortuaire.

Trois femmes sont mortes d'hémorrhagies dues à une insertion vicieuse du placenta.

Trois ont succombé à des accidents éclamptiques. Une à un énorme thrombus de la vulve et du vagin. Une à une néphrite grave constatée à l'autopsie et une autre à une pneumonie franche.

Comme vous le voyez, tous nos décès peuvent s'expliquer naturellement, sans que, pour aucun d'entre eux, il soit possible d'invoquer une infection puerpérale quelconque. Arriverons-nous à supprimer les décès de cette nature? Je ne le pense pas.

Suivant le hasard de la clinique, une année pourra être plus ou moins favorable qu'une autre, mais nous ne voyons pas, pour le moment, la possibilité de faire disparaître de nos salles les tuberculoses avancées, les ruptures utérines, etc. Nous sommes d'autant plus désarmés à cet égard que nos salles recevront toujours de la ville les cas particulièrement graves ou les femmes dont l'accouchement, d'abord normal, se sera compliqué, à un moment donné, d'éclampsie inquiétante, de rupture utérine, etc.

Mais, si nous sommes impuissants à faire disparaître ce que je vous ai désigné comme la petite portion des décès à la suite de couche, par contre, je ne saurais trop le répéter, nous sommes arrivés, comme je viens de vous le démontrer, à faire disparaître complètement la grosse portion de ces décès, ceux qui sont dus aux accidents puerpéraux.

Un pareil résultat, je n'ai pas besoin de vous le dire, est dû uniquement à ce que, dans le service, maître, élèves et serviteurs sont astreints aux pratiques de l'antisepsie la plus rigoureuse.

Les antiseptiques dont nous nous servons sont au nombre de cinq :

Le sublimé, à la dose de 0 gr. 20 centigr. pour 1,000.

Le sulfate de cuivre, à la dose de 5 grammes pour 1,000.

Le permanganate de potasse, à la dose de 0 gr. 50 centigr. pour 1,000.

L'acide phénique, à la dose de 20 grammes pour 1,000.

Enfin, un nouvel antiseptique dont je suis très satisfait, la microcidine, à la dose de 4 grammes pour 1,000.

Ce dernier antiseptique, découvert par Berlioz (de Grenoble), est un produit phénique dans la composition duquel entre du naphtol β et de la soude. Il n'est pas toxique et cependant c'est un antiseptique efficace.

Tous ces antiseptiques sont utilisés dans le service, mais nous ne les employons pas indistinctement, au hasard; chacun d'eux a son indication.

De tous ces antiseptiques, le plus puissant, à coup sûr, est le sublimé; mais, malheureusement, il est toxique, aussi le réservons-nous surtout pour le lavage des mains et la toilette des femmes. Toutes les femmes qui arrivent dans nos salles ont, dès leur entrée, une lotion des organes génitaux au sublimé.

Pour ce qui est des injections pendant et après l'accouchement, nous nous servons, afin d'avoir un point de comparaison, de deux antiseptiques : l'un, appliqué dans une moitié des salles; l'autre, dans l'autre moitié.

Au commencement de l'année, l'un de ces antiseptiques était la solution de sulfate de cuivre. J'en ai retiré de bons résultats, mais, malheureusement, cette solution n'est pas sans inconvénients; c'est ainsi qu'elle rend les parois vaginales dures, comme tannées, et si, par la suite, on a besoin d'introduire le doigt ou de faire un pansement dans le vagin, on éprouve de réelles difficultés.

Ce sont là des considérations qui m'ont engagé à détrôner le sulfate de cuivre et à le remplacer par la microcidine dans celles des salles où l'on employait d'abord le sulfate de cuivre. Dans ces salles, la solution de microcidine, dont il a été question plus haut, sert à faire des injections intra-vaginales pendant et après l'accouchement, intra-utérines après la délivrance.

Il me semble, d'ailleurs, même en se plaçant exclusivement au point de vue de l'énergie de l'antiseptique, que la microcidine est préférable au sulfate de cuivre, je n'en veux pour preuve que la morbidité comparée suivant que l'on a fait usage de l'une ou de l'autre de ces deux substances.

Pour avoir un terme de comparaison, j'ai considéré comme malades toutes les femmes dont la température a atteint 38° et au delà. Celles dont la température n'a jamais atteint 38° sont considérées comme n'ayant pas du tout été malades.

Or, pendant les six mois de l'année où l'on a fait usage du sulfate de cuivre, sur 661 accouchées, 194 ont été malades, c'est-à-dire ont eu, à un moment donné, 38° de température, soit une morbidité de 19 p. 100. Pendant les six mois où la microcidine a été substituée au sulfate de cuivre, 679 femmes ont accouché et, sur ce nombre, 113 seulement ont eu 38°, soit une morbidité de 16 p. 100.

Dans la seconde moitié de nos salles, j'ai utilisé le permanganate de potasse; j'ai une grande confiance dans ce corps; malheureusement, sa coloration en rend l'emploi très difficile; malgré cet inconvénient, il sera particulièrement utile lorsque l'on voudra faire des injections intra-utérines chez les albuminuriques. Dans tous les cas, il doit être substitué d'une façon absolue au sublimé, qui est particulièrement dangereux dans l'albuminurie.

D'une façon générale, je ne me sers qu'exceptionnellement de l'acide phénique, mais il est une circonstance où ce corps me rend les plus grands services. C'est lorsqu'il y a rétention du placenta, qu'il s'agisse d'un avortement ou d'un accouchement. Nul autre corps ne peut alors le remplacer.

Le microbe que nous devons combattre, dans les cas de rétention placentaire, n'est, vous le savez, ni le streptocoque ni le staphylocoque de la fièvre puerpérale, mais bien un microbe anaérobie, le vibrion septique de Pasteur.

Sans doute, le sublimé pourrait être utilisé pour combattre ce microbe, mais à la condition que la solution antiseptique restât dans l'utérus; en d'autres termes, il faudrait que l'injection ne fût pas suivie d'un lavage sérieux. Or, une pareille manière de faire serait particulièrement dangereuse dans le cas qui nous occupe, car le placenta, formant éponge, retient le sublimé et augmente d'autant plus les dangers d'intoxication. Avec l'acide phénique, cet inconvénient n'existe plus, la toxicité de la solution phéniquée dont nous faisons usage n'étant pas à craindre, son injection n'a pas besoin d'être suivie d'un

lavage destiné à enlever ce qui reste en excédent dans l'utérus et son action est, dès lors, bien plus efficace.

Ce que je viens de vous dire, à propos de la nécessité de conserver la substance antiseptique dans l'utérus qui renferme des débris placentaires, n'est pas une simple vue de l'esprit; c'est à la suite d'expériences très intéressantes de Vignal que j'ai adopté cette manière de voir. Voici ces expériences :

On prend un certain nombre de morceaux de flanelle imbibée d'albumine, que l'on trempe dans un ballon contenant une culture de vibrion septique; ces flanelles servent ensuite à ensemencer des ballons contenant un bouillon de culture, mais, au préalable, on les a traitées de diverses façons, afin de juger la meilleure manière de tuer le vibrion septique dont ces flanelles ont été imbibées. Or, voici ce que l'on constate : si la flanelle infectée est plongée dans l'acide phénique, puis lavée, pour que l'action de l'antiseptique ne puisse se prolonger, on constate que trente minutes d'immersion dans l'acide phénique sont nécessaires pour tuer le vibrion septique.

Une expérience analogue faite avec le sublimé a démontré que, pour cette substance comme pour l'acide phénique, si la flanelle est plongée dans l'antiseptique, puis lavée, il faut également trente minutes pour tuer le vibrion septique.

Par contre, si la flanelle infectée n'est pas lavée au sortir du bain phéniqué, il suffit de dix minutes d'immersion pour que le vibrion septique soit détruit. Dans ce dernier cas, par conséquent, l'action de l'antiseptique est trois fois plus énergique.

Je n'ai pas besoin d'insister pour vous montrer que, de ces expériences, il résulte manifestement que l'injection intra-utérine de sublimé suivie d'un lavage (la seule manière légitime d'utiliser le sublimé dans ces circonstances) est trois fois moins énergique que l'injection phéniquée suivie de lavage. C'est par suite de cette considération que je regarde l'acide phénique comme étant particulièrement indiqué dans les cas de rétention placentaire.

BIBLIOTHÈQUE

Leçons de Clinique médicale, par le docteur E. Lancereaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Pitié, membre de l'Académie de médecine.

Sous ce titre, le docteur E. Lancereaux vient de faire paraître à la librairie médicale V[e] Babé et C[ie], 23, place de l'Ecole-de-Médecine, un volume contenant les leçons de Clinique médicale qu'il a faites à l'hôpital de la Pitié et à l'Hôtel-Dieu, de l'année 1879 à l'année 1891.

L'auteur s'est attaché de préférence à l'étude des maladies chroniques, et, afin de mettre en lumière leur évolution, il s'est écarté des idées généralement reçues, en rapprochant, dans certains cas, des affections considérées comme distinctes, et en séparant, dans d'autres, des désordres envisagés comme formant une seule maladie.

Le docteur E. Lancereaux fait reposer ses conceptions sur l'étiologie, l'anatomie pathologique, la marche des accidents morbides, et ne doute pas que cette méthode offre les garanties scientifiques les plus acceptables.

Ce livre sera accueilli avec empressement par tous ceux qu'intéressent les matières médicales.

REVUE DES JOURNAUX

Ichthyol; son action. (*Le Scalpel*, 1891.) — Dans un cas de pleurésie avec pleurodynie intense rebelle l'on s'est bien trouvé de badigeonnages avec la vaseline ichthyolée à 20 p. 100. La douleur disparut rapidement. On eut aussi de bons résultats dans le traitement d'une contusion de l'articulation de l'épaule. Il est vrai que le badigeonnage à l'ichthyol était associé au massage de l'articulation. A l'intérieur (perle d'ichthyol à

1 centigramme), l'ichthyol fut prescrit dans un cas de furonculose (en même temps lavage au savon ichthyolé) et dans un cas de chlorose avec le teint blafard de la face. Amélioration notable dans les deux cas (l'appétit augmenta dans le deuxième). Echec dans un cas de dyspepsie flatulente avec renvois fréquents. — P. N.

Anesthésie par le chlorure de méthylène ; mort. (*Le Scalpel*, 1891.) — Ce cas, relaté par le docteur R.-H. Hughes, concerne un homme de 51 ans, auquel on était en train de pratiquer une névrotomie, lorqu'il mourut subitement pendant le sommeil anesthésique. A l'autopsie, on a trouvé un myocarde mou, friable. Depuis cinq ans, on avait eu recours, à l'East Cornwale-Hopital, environs 2,000 fois à l'anesthésie par le chlorure de méthylène, et c'était la première fois que se produisait un accident de ce genre.

P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 décembre 1891. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : Traitement du cancer utérin par l'hystérectomie vaginale. — Hernie obturatrice étranglée. — Traitement des complications éloignées de la tuberculose pulmonaire par la méthode Lannelongue.

M. Bouilly, lors de la discussion qui a eu lieu en 1888, n'avait pu tirer de conclusions bien certaines de sa statistique, car il n'avait fait que 29 opérations dont beaucoup étaient alors très récentes. Sept malades avaient succombé rapidement. Depuis ce temps, M. Bouilly a fait 21 fois l'hystérectomie pour cancer et il a eu 9 morts, chiffre assez considérable.

En 1889, 3 décès; 2 dus à la septicémie et 1 au choc opératoire.

En 1890, 5 décès dus à l'ouverture de la vessie, à une hémorrhagie, au choc, à l'urémie et à la septicémie. L'ouverture de la vessie avait été traitée par la suture, mais la malade a succombé très rapidement à une péritonite infectieuse; l'hémorrhagie s'est produite parce qu'une des pinces placées sur les ligaments larges a glissé ; l'urémie s'est produite sans qu'il y ait eu pincement des uretères. Dans les deux cas de septicémie, l'opération avait été faite chez des malades absolument épuisées.

De tout cela il ressort que le cancer de l'utérus est un des plus malins de l'économie et que la récidive est la règle absolue, qu'elle est pour ainsi dire fatale. De plus, l'hystérectomie vaginale, lors de cancer, est une opération grave et souvent dangereuse.

Il faut étudier l'opération au point de vue de la survie, c'est-à-dire du bénéfice thérapeutique que l'on peut espérer en tirer.

Actuellement, M. Bouilly compte 6 malades guéries; elles sont opérées depuis une époque variant entre quinze mois et quatre ans et demi.

Chez d'autres malades, la récidive ne s'est montrée qu'après un long temps. C'est ainsi que les opérées sont mortes quatre ans et quatre mois, deux ans et trois mois, deux ans et deux ans et demi après l'opération. Le bénéfice dans ce cas a encore été réel.

Enfin, dans certains cas, la récidive survint très vite; elle se montra huit mois, sept mois, deux mois et demi même après l'intervention.

En résumé, sur 50 hystérectomies faites pour cancer, M. Bouilly a eu 16 morts opératoires, 6 guérisons, et dans tous les autres cas il a vu la récidive se produire avant un an; 4 malades n'ont pu être suivies.

Les résultats pour le cancer de l'utérus sont comparables à ceux que l'on obtient pour la langue, le sein et le rectum; bien que l'opération soit loin d'être merveilleuse, il faut donc continuer à intervenir.

Les amputations partielles sont beaucoup moins utiles. Quinze cas d'interventions limitées lui ont donné 15 récidives rapides, même lorsque le cancer paraissait être très circonscrit.

Il ne faudra pas intervenir lorsque le cancer sera trop étendu, mais, dans les autres cas, on devra choisir l'hystérectomie totale.

M. Richelot rappelle que M. Verneuil a demandé, pour que l'on pût comparer les résultats de l'amputation partielle à ceux obtenus par l'hystérectomie totale, que l'on fît deux séries d'opérations. Il a fait cette étude comparative.

Après la discussion qui a eu lieu en 1888, M. Richelot a fait des amputations partielles qui ont été suivies de deux récidives rapides, tandis qu'au même moment il a opéré deux malades par l'amputation totale. Les deux dernières sont encore bien portantes aujourd'hui.

Lorsque l'on examine les utérus cancéreux, on trouve très fréquemment soit des noyaux isolés, développés fort loin de la partie primitivement atteinte, soit des traînées du côté de la muqueuse. Il est évident qu'une opération partielle donnera fatalement, dans les cas de ce genre, des résultats très mauvais, puisqu'elle laisse du cancer dans la plaie. Actuellement, M. Richelot ne croit plus devoir recourir à l'amputation partielle.

L'hystérectomie vaginale pour cancer opérable est une opération facile, très bénigne. Lorsque l'utérus est mobile et facilement abaissable, elle est terminée en dix minutes environ. S'il est adhérent par suite de complications inflammatoires, on peut l'enlever par morcellement. S'il est adhérent par propagation intérieure, on doit alors considérer la malade comme inopérable.

A Lyon, où M. Laroyenne a fait un certain nombre d'ablations de l'utérus pour cancer, il a été souvent possible de constater l'existence de traînées de propagation ou des noyaux erratiques. M. Gallard avait opéré avec l'anse galvanique un cancer paraissant limité au col; M. Richelot dut faire l'hystérectomie quelques mois plus tard pour une récidive, et, actuellement, la santé de la femme est toujours excellente; l'ablation de l'utérus date cependant de cinq ans et deux mois.

Pour bien établir la valeur comparée de l'amputation totale et de l'amputation partielle, il faut compter le temps pendant lequel l'opérée reste sans récidive, la marche de cette dernière pouvant être d'une rapidité très variable. Les expériences qu'a obtenues M. Richelot datent de cinq ans et deux mois, cinq ans, quatre ans et six mois, deux ans et neuf mois. M. Verneuil rapporte un cas où l'amputation partielle a guéri l'opérée, puisqu'elle est bien portante depuis vingt-deux ans. Mais, peut-être y a-t-il eu une erreur de diagnostic et, d'autre part, si le cancer existait, cela prouverait qu'on peut le guérir radicalement. Or, pour obtenir cette guérison, il faut faire ce que l'on connaît de mieux, c'est-à-dire, dans le cas en question, l'hystérectomie vaginale.

Hernie obturatrice. — M. Berger fait un rapport sur un cas de *hernie obturatrice* dont l'observation a été adressée par M. Picqué. La malade était une femme de 78 ans qui avait présenté, à plusieurs reprises, des crises de coliques disparaissant après des gardes-robes et des émissions de gaz. A un moment donné, les phénomènes s'accentuèrent et la malade dut entrer à l'infirmerie de l'hospice des Ménages. M. Picqué constata l'existence des signes d'un étranglement herniaires accompagnés d'un gonflement de la partie supéro-interne de la cuisse, avec empâtement dans la région crurale. Il crut à une hernie crurale étranglée, mais l'incision montra qu'il n'y avait aucune tumeur, cette dernière ayant dû se réduire au moment de l'opération. Au toucher vaginal, on constata l'existence d'un cordon plein allant vers le trou sous-pubien, et le bout du doigt pouvait s'enfoncer dans un trou situé au-dessous du pubis. Le diagnostic de hernie obturatrice fut porté.

Le malade succomba quelque temps après et on constata, à l'autopsie, l'existence de la hernie. Le sac renfermait une trompe de Fallope et le ligament de la trompe. C'est le seul cas qui ait été publié de présence de la trompe dans une hernie obturatrice. On a trouvé, d'autres fois, un ovaire, les deux ovaires et l'utérus.

M. Berger s'occupe de bien déterminer les symptômes qui permettent de distinguer la hernie obturatrice de la hernie crurale. La tuméfaction peut manquer; quand elle existe, elle est diffuse et semblable à celle des hernies profondes; la douleur siège à la partie interne de la cuisse, dans les adducteurs au milieu desquels ont peut vaguement sentir le pédicule. Le toucher vaginal donne les signes tracés par M. Picqué. La com-

pression du nerf obturateur entraîne des fourmillements, des douleurs, de l'anesthésie, des paralysies ou des contractures des adducteurs. Mais la pelvi-péritonite ayant produit des exsudats comprimant le nerf peut donner cet ensemble de symptômes que, du reste, la hernie obturatrice ne produit pas toujours.

La hernie obturatrice peut peut-être s'enflammer sans qu'il y ait d'étranglement vrai; mais, en somme, ce dernier finit par survenir, de telle sorte qu'il n'y a pas à faire le diagnostic de ces deux sortes d'accidents.

La cure radicale s'impose. Làwson Tait conseille de faire toujours la laparotomie. M. Berger s'élève avec force contre cette pratique à laquelle on ne doit avoir recours que lorsque les autres moyens de traitement ont échoué.

Il n'y a qu'une seule cure connue de hernie obturatrice. On doit faire une large incision afin de bien découvrir le champ opératoire, désinsérer le pectiné et débrider avec précaution et se souvenant de la place qu'occupent les vaisseaux obturateurs. L'opération s'achèvera suivant les règles classiques.

Dans un cas où il fut appelé auprès d'un homme qui présentait des phénomènes d'étranglement interne, M. Routier fit la laparotomie. Il n'y avait, comme signes physiques, que de l'empâtement du côté droit. Une anse d'intestin, longue de 20 centimètres, était engagée dans un sac appliqué contre l'obturateur interne. Le malade succomba à une pneumonie.

M. Routier a eu encore occasion de faire la laparotomie dans un cas de hernie crurale. Les accidents d'étranglement persistèrent après l'opération d'une hernie crurale, et il dut ouvrir le ventre pour faire la réduction.

Pour M. Berger, il s'agit, dans le premier cas de M. Routier, d'une hernie propéritonéale.

Traitement de la tuberculose avancée. — M. Prengrueber présente une malade, atteinte de tuberculose pulmonaire avancée, qu'il a radicalement guérie d'un abcès froid costal surajouté, par la méthode de Lannelongue. La guérison survint en trois semaines et fut suivie d'une amélioration de l'état général. Peut-être le traitement de Lannelongue serait-il applicable aux fistules anales des phthisiques.

— M. Kirmisson présente un jeune enfant atteint de subluxation irréductible du genou en avant.

FORMULAIRE

Potion contre l'entérite.

Sous-nitrate de bismuth.........	de 0 gr. à 2	grammes.
Eau de chaux..............................	20	—
Hydrolat d'anis............................	40	—
Sirop diacode..............................	5	—
Sirop de gomme...........................	25	—

F. s. a. une potion à donner, par cuillerée à café, aux enfants atteints d'entérite. — Dans le cas d'entérite chronique, on administre un ou deux paquets par jour de la poudre suivante :

Alun pulv..............................	3 grammes.
Opium pulv............................	0 gr. 01 cent.
Sucre pulv.............................	3 grammes.

Mêlez et divisez en vingt paquets. — N. G.

COURRIER

Mme Roger, veuve de notre si regretté président de l'Association générale, nous a transmis l'expression de sa profonde gratitude pour tous ceux de nos confrères qui ont

honoré les obsèques par leur présence ou par l'envoi de lettres ou de couronnes. En attendant qu'ils en reçoivent personnellement le témoignage, nous nous chargeons bien volontiers de transmettre ses remerciements à la famille médicale dont Roger était, à tant de titres, un des chefs vénérés.

— Les médecins dont les noms suivent se sont inscrits comme candidats au Concours de l'agrégation en médecine :

Paris. — MM. Achard, Babinski, Brault, Charrin, Duflocq, Gaucher, Gilles de La Tourette, Lesage, Marfan, Ménétrier, Richardière, Roger, Thibierge, Thoinot, et Widal.

Lyon. — MM. Aucher, Bernard, Boyer, Bret, Charmeil, Courmont, Devic et Picq.

Nancy. — M. Haushalter.

Toulouse. — MM. Gaube et Morel.

Pour toutes les Facultés. — Cassaët, Jeannel, Le Dantec, Rauzier et Rémond.

Comité consultatif d'hygiène. — Rendant compte de l'état sanitaire à l'intérieur, M. Monod dit qu'il n'a pas été signalé, à l'administration supérieure, d'épidémie depuis la dernière séance et il demande aux membres du comité s'ils ont quelques communications à faire au sujet de la présence de l'influenza à Paris.

M. Brouardel répond que la maladie existe certainement à Paris. La semaine dernière, le nombre des décès a augmenté de cent environ; cette augmentation est due presque tout entière à des cas de broncho-pneumonie. Du reste, les Parisiens ne sont pas les plus malheureux, les populations de l'Ouest, spécialement du Sud-Ouest, paraissent plus gravement atteintes.

M. Colin dit qu'il y a quelques cas d'influenza dans la garnison de Nantes.

M. Proust dit que les nouvelles sur les progrès de l'influenza qui arrivent de tous les points de la Silésie deviennent assez inquiétantes.

— M. le docteur Caubet est nommé médecin inspecteur des écoles du IX[e] arrondissement de Paris, pour la première circonscription, en remplacement de M. le docteur Laburthe, démissionnaire.

— M. le docteur Regnard est nommé médecin inspecteur des écoles du canton de Pantin (deuxième circonscription), en remplacement de M. le docteur Salis, démissionnaire.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Ausset, ancien maire de Cahors; P. de Chapelle (de Bègles), Condou (de Nay); Flour (de Boulogne-sur-mer), Girard (de Pré-en-Pail), Gontran (du Teil), P.-S. Joseph-Lafosse (du Havre), Lefebvre (de Paris), Pichausel (de Podensac) et E. Riou (de Challans).

Le miel de Malte. — Un écrivain du *Mediterranein Naturalist* note l'excellence du miel de Malte et l'attribue à l'abondance du trèfle. Il estime que, pour une livre de miel, il faut 3,750,000 visites d'abeilles à 62,000 fleurs de trèfle. (*Lyon méd.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

L'acétanilide et ses dérivés (1).

II. — Les dérivés de l'acétanilide.

Parmi les dérivés de l'acétanilide, nous n'en étudierons que deux : la méthylacétanilide, ou exalgine, et la paramonobromacétanilide, ou antisepsine.

I

La méthylacétanilide a été étudiée expérimentalement par Cahn et Hepp en 1886, et par P. Binet en 1889. En cette même année, elle fut introduite dans la thérapeutique par Dujardin-Beaumetz et Bardet.

L'exalgine se présente sous l'apparence d'aiguilles ou de tablettes blanches. Il est préférable de choisir celle qui est cristallisée en aiguilles, car elle est plus pure. Elle est très peu soluble dans l'eau froide, un peu plus dans l'eau chaude, très soluble dans l'alcool ou l'eau alcoolisée.

On avait d'abord regardé l'exalgine comme à peu près inoffensive aux doses thérapeutiques. Cependant, ainsi qu'on va le voir, il faut être prudent dans le maniement du médicament, car il peut causer des accidents d'apparence assez grave.

Dès 1887, Cahn et Hepp, à la suite de l'administration de 0,75 du médicament à une phthisique, avaient observé des vertiges et des convulsions qui mirent la vie de la malade en danger. Cependant, ce cas n'était pas démonstratif, car, ainsi que le firent remarquer Dujardin-Beaumetz et Bardet, l'exalgine est contre-indiquée quand il y a de la fièvre.

Pour Prevost, l'exalgine serait plus dangereuse que l'acétanilide et que l'antipyrine. Il s'appuie surtout, pour signaler les dangers du médicament, sur le cas de J. Bokenham et E.-L. Jones. Dans ce cas, il y eut, après trois doses de 0,40 administrées plusieurs jours de suite, de la cyanose, des nausées, des vertiges, de l'obnubilation de la vue, etc. La cyanose s'accentua progressivement et il se produisit du délire, en même temps que le pouls était petit, très irrégulier et très dépressible. On employa les stimulants, on fit des injections de strychnine, on administra une potion renfermant de la digitale et, enfin, les symptômes s'amendèrent et tout finit par disparaître. L. Jones attribue l'empoisonnement, dans ce cas, à la constipation de la malade.

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

A. Johnston a publié un fait dans lequel les phénomènes d'empoisonnement se montrèrent après l'administration de 3 grains (0,189) d'exalgine en deux fois. Mais Fraser a fait remarquer, à propos de cette observation, que les symptômes ressemblaient surtout à ceux de l'empoisonnement par le whisky, que le malade avait pris à assez forte dose.

D'après des expériences faites avec Eloy, et restées, croyons-nous, inédites, Huchard a admis que l'exalgine était à la fois inutile et dangereuse.

Hartley vit se produire, après l'administration d'une dose modérée, de la dyspnée, de la dilatation des pupilles, des palpitations et, enfin, une syncope suivie de transpiration. Dans un second cas observé par lui, il y eut des symptômes à peu près identiques et une grande faiblesse du pouls, qui était à peine perceptible à l'artère radiale. Dans ces deux cas, on recourut avec succès aux stimulants.

P. Binet avait déjà observé de la cyanose et des convulsions chez les animaux, avec de faibles doses, avant la publication des recherches de Dujardin-Beaumetz et Bardet.

H. Walker prescrivit 0,25 centigr. d'exalgine toutes les quatre heures à une femme anémique souffrant de névralgie faciale. Après la deuxième dose, la malade perdit connaissance et présenta de la dyspnée et, peu après, des troubles de la vision.

Une malade de Semple prenait 0,20 sans accident. La dose fut élevée à 0,50 et il survint des fourmillements dans les membres, des convulsions des muscles du visage et de la dyspnée, et enfin des vomissements.

Duragon a observé un cas d'empoisonnement accidentel. Le malade avait pris deux doses de 2 grammes deux jours de suite, croyant prendre de l'antipyrine. Il présenta de violents vertiges, du délire, de la dyspnée et de la cyanose. La guérison survint rapidement.

Buisson a publié un cas qui semble absolument calqué sur le dernier. Le malade prit, par erreur, 2 grammes d'exalgine. Comme dans l'observation de Duragon, on vint chercher le médecin en lui disant que le patient était devenu fou et, dans les deux cas, ce dernier criait qu'il tombait dans un précipice et présentait les mêmes symptômes. Il y a là une coïncidence au moins étrange.

G. Acheson a rapporté un cas de convulsions survenues à la suite de l'administration de 0,28 centigr. du médicament. Il y eut convulsions épileptiques avec morsure de la langue, nausées et vomissements. La malade avait l'influenza.

Combemale et François ont toujours vu des sueurs se produire après 0,50 en une dose.

M.-J. Bex a été victime d'une intoxication par l'exalgine. L'ingestion, à jeun d'un paquet, qui avait été envoyé comme échantillon, avec indication de doses, a été suivie presque immédiatement d'une attaque épileptiforme avec chute, morsures linguales, etc. Le retour complet de la connaissance ne s'est effectué qu'au bout de trois heures. Durant quelques heures, les urines ont été noires, les frissonnements sous-cutanés intenses, et pendant plusieurs jours il y a eu de la courbature articulaire.

Du reste, les promoteurs du médicament ont reconnu que, chez la très grande majorité des malades, une dose de 0,40 provoque, au bout d'un temps variant entre deux minutes et une demi-heure, une sensation d'ivresse, de l'obnubilation légère, des bourdonnements d'oreille. Ces troubles ont une intensité qui varie beaucoup selon les individus, et leur

durée oscille entre une minute et une demi-heure. Les frissons et le refroidissement sont rares (Desnos).

Bardet et Desnos ont observé des érythèmes.

Toutes les observations conduisent à admettre qu'il convient d'être prudent dans l'administration de l'exalgine, bien que la cyanose, qui, du reste, n'est pas constante, ne dépende pas de la formation de la méthémoglobine (Hénocque). Malgré cela, les phénomènes secondaires que nous avons énumérés sont loin de se produire dans tous les cas et peuvent manquer absolument, même chez les enfants (Moncorvo). Les accidents seraient moins à craindre quand on administre le médicament au moment des repas.

II

L'exalgine est surtout un *analgésique.*

Bardet et Dujardin-Beaumetz ont mis en évidence son action remarquable sur les névralgies *a frigore* et à forme congestive; la sédation est obtenue avec une dose bien inférieure à celle qui est nécessaire lorsque l'on se sert de l'antipyrine. Ils ont eu un succès dans un cas de troubles angineux.

Desnos l'a vu réussir dans les névralgies congestives de la face et même dans une névralgie de la branche ophthalmique avec altération du nerf due à un zona, dans les névralgies intercostales, iléo-lombaires et même sciatiques. Dans un cas de sciatique rebelle, il dut aller jusqu'à 1 gr. 75. Dans les névralgies anémiques, syphilitiques, le traitement de la diathèse est suivi d'un succès plus rapide.

Desnos a vu un cas de paralysie agitante disparaître momentanément avec des doses de 0,25 à 1 gr. 50; mais il se produisit une rechute. Le médicament réussit assez bien dans les rhumatismes caractérisés principalement par la douleur; s'il y a des fluxions articulaires, il faut préférer le salicylate de soude.

Fraser vante le médicament comme analgésique surtout, puisqu'il agit à petites doses. Il a donné l'exalgine (de 0,03 à 1 gramme par jour) à 21 personnes atteintes de névralgies diverses ou de douleurs de causes variées. Le plus habituellement, les souffances ont disparu de une heure à une heure et demie après l'administration du médicament. Fraser a eu cependant un certain nombre d'insuccès. Il n'a pas observé d'autre effet secondaire fâcheux qu'un peu de somnolence.

Gaudureau a réuni un grand nombre de cas de névralgies, migraines, gastralgies, rhumatismes traités avec succès par l'exalgine.

J. James Stewart a rassemble 95 cas dans lesquels il a employé l'exalgine ; il a eu 21 échecs. C'est dans la névralgie faciale que les résultats furent les meilleurs. Il se produisit un soulagement notable de la douleur dans un cas de tabès, dans quelques cas de pleurésie et de rhumatisme articulaire aigu. Il n'y a eu, comme phénomène secondaire fâcheux, que quelques vomissements.

Semple a employé le médicmaent avec succès dans le mal de dents, la névralgie faciale, un cas de lumbago invétéré.

Sinclair Holden recommande l'exalgine dans tous les cas où la douleur n'est pas due à des causes mécaniques ou à des lésions organiques. Il l'a trouvée utile contre la céphalée de l'influenza, dans des névralgies diverses, l'angine de poitrine pas trop intense. Il a échoué dans le lumbago et la sciatique.

Combemale et François ont essayé l'exalgine chez 8 malades atteints : 5 de rhumatisme articulaire aigu à tous les degrés et à toutes les phases d'évolution de la maladie, 1 de névrite sciatique et 1 de névralgie probablement syphilitique; ils ont eu 7 succès. La durée de la période calme a toujours dépassé dix heures après une dose de 0,50.

Moncorvo a employé le médicament chez 21 enfants âgés de 1 an 1/2 à 12 ans. Il a toujours réussi et a toujours été bien toléré. Jamais les petits malades n'ont eu d'ivresse, d'obnubilation, ni de bourdonnement d'oreille. Il s'agissait de migraines, de névralgies diverses, d'arthralgies, etc. Dans un cas, le médicament a paru guérir rapidement une chorée; il amenda beaucoup un cas d'incontinence nocturne.

Cependant les résultats obtenus ne sont pas toujours aussi bons.

Cannoc n'a eu que des résultats négatifs chez deux ataxiques ayant des crises douloureuses. Dans un cas de névralgie crurale, l'efficacité du médicament lui semble incontestable. Il n'a pas constaté d'effet sur le tremblement de la maladie de Parkinson, non plus que sur l'excrétion urinaire.

Pescarolo l'a vu réussir (0,50-1 gr.) dans les névralgies et les gastralgies; mais elle échouerait complètement dans le traitement de douleurs tabétiques, de la sciatique et de la plupart des céphalalgies. De plus, elle devient inutile dès que l'organisme s'y est accoutumé.

Pope a échoué assez souvent dans des névralgies diverses.

Armstrung s'élève contre l'emploi de l'exalgine; dans 27 cas de névralgies diverses, il l'a trouvée inefficace et inférieure à d'autres analgésiques ou narcotiques.

Enfin, Heinz dit n'avoir retiré aucun bénéfice du médicament, et il le regarde comme moins actif que l'antifébrine.

III

L'exalgine n'est guère employée que comme analgésique.

Dujardin-Beaumetz et Bardet ont vu les urines diminuer à la suite de l'administration de l'exalgine. Pour eux, elle agit, comme les antipyrétiques du même groupe, sur la polyurie diabétique, en diminuant la quantité de sucre et la quantité d'urine émis dans les vingt-quatre heures.

Les effets antithermiques sont obtenus après les effets analgésiques, ce qui est juste l'inverse de ce que l'on observe avec l'antifébrine.

D'après les recherches de Heinz et de Filhene, l'exalgine, aux doses de 0,20 à 0,60, n'abaisse pas la température de l'homme fébricitant. Rœber refuse aussi au médicament toute action antipyrétique.

IV

D'après S. Holden, pour éviter complètement tout effet secondaire fâcheux, il faut prescrire l'exalgine à la dose de 0,03, tout au plus quatre fois en vingt-quatre heures. Quand la douleur est très intense, on peut donner en une fois 0,06 d'exalgine. Il faut renoncer à l'usage du médicament lorsque la douleur ne cède pas à quatre doses de 0,03 espacées d'une demi-heure à une heure.

Dujardin-Beaumetz et Bardet conseillent de ne pas dépasser les doses de 0,40 et 0,50 *pro die.*

Pour Desnos, les doses à administrer varient de 0,25 à 1 gr. 25, 1 gr. 50, et même deux fois il est allé à 1 gr. 75. Il conseille de n'élever les doses qu'avec de grandes précautions.

Un malade d'Hayem, atteint d'une névralgie grave du trijumeau, a pris à diverses reprises, sans accident, 2 à 3 grammes d'exalgine dans les vingt-quatre heures.

On peut employer la formule de potion suivante (Bardet) :

Exalgine	2 gr. 50 centigr.
Alcoolat de menthe	15 grammes.
Dissoudre et ajouter :	
Sirop	50 grammes.
Eau	105 —

Chaque cuillerée renferme 0,25 du médicament.

Chez l'enfant, Moncorvo a été jusqu'à 0,30 centigr. par jour sans observer le moindre accident.

V

La paramonobromacétanilide ou antisepsine a été étudiée par Cattani. A la dose de 0,20 par jour, elle abaisse la température de 1 à 2 degrés; l'abaissement maxima se produit deux heures après l'absorption de la dose. Les malades n'ont, comme phénomène accessoire, qu'une sensation de refroidissement.

Dans la pneumonie, le médicament provoque rapidement de la cyanose ; elle est plus prononcée qu'après l'emploi de l'antifébrine.

L'antisepsine serait encore utile dans les névralgies et comme topique. Elle active beaucoup la cicatrisation des plaies. Cattani l'a surtout employée dans les déchirures du périnée et les hémorrhoïdes. Il préconise, dans cette dernière affection, des suppositoires composés de :

Antisepsine	0 gr. 20 à 40 centigr.
Beurre de cacao	3 à 4 grammes.

Mettre deux suppositoires par jour.

Pour l'usage interne, le médicament doit être prescrit en poudre ou en pilules que l'on prendra au moins une heure avant et deux heures après les repas. Pour les enfants, on ne doit pas dépasser 0,10 à 0,20 centigr. par jour.

BIBLIOTHÈQUE

Du nerf pneumogastrique (*physiologie normale et pathologique*), par les docteurs G. Arthaud et L. Butte. — Paris, Société d'éditions scientifiques, 1892.

Dans une première partie, les auteurs exposent l'état actuel de nos connaissances sur l'anatomie du pneumogastrique. Ils étudient, dans la deuxième partie, les différentes fonctions et les différents organes qui se tiennent sous la dépendance des nerfs vagues, et recherchent, dans un chapitre spécial, si la nutrition élémentaire elle-même n'est pas influencée par ces nerfs. Puis, dans la troisième partie, ils essayent de faire un résumé succinct de la physiologie du nerf pneumogastrique, et, dans la quatrième, tentent d'appliquer à la pathologie les données nouvelles qu'ils ont recueillies.

MM. Artaud et Butte nous montrent que les névrites du bout périphérique du vague droit, produites chez des animaux, déterminent un désordre profond de la nutrition se terminant ordinairement par la mort et ressemblant beaucoup au diabète spontané.

Cet ouvrage, fruit de longues recherches, mérite d'être lu attentivement par tous ceux qui veulent se tenir au courant de la marche de la science. — P. Ch.

REVUE DES JOURNAUX

Sur le rapport épidémiologique et étiologique de la grippe, de l'angine par streptococcus et de la rougeole, par C. Bernabei. (*Revue de laryngologie*, 1891.) — Chez une famille de 6 individus, les 3 affections susdites se présentent l'une après l'autre. Récidive pour chaque infection; le même type de fièvre dans la grippe et l'angine, les mêmes troubles gastro-entériques, dans la bouche présence du streptococcus avec végétation vive dans l'imminence de la grippe et du morbillus; présence du streptococcus dans le sang de deux morbilleux. — P. N.

Sur le traitement galvano-caustique de la diphthérie du pharynx. (*Revue de laryngologie*, 1891.) — Relation de 24 cas de diphthérie pharyngée traités avec succès, à l'exception d'un seul, par le galvanocautère. La guérison s'opéra dans l'espace de quatre à cinq jours. Sur ces 24 malades, 3 étaient âgés de moins de 5 ans, 10 avaient de 5 à 15 ans, les 11 autres avaient plus de 15 ans.

Comme l'ont démontré Lœffler et Beck, la diphthérie est, à l'origine, une maladie locale due à l'établissement dans le tractus respiratoire supérieur de colonies de bacilles spécifiques. Détruire le foyer primitif, tel doit donc être avant tout l'objectif du traitement. Or, pour cela, rien ne vaut le galvano-cautère qui permet de détruire le foyer primitif, et cela sans danger, et grâce à la cocaïne sans douleur. Les petits enfants indociles seront chloroformés.

Mais le traitement par le galvano-cautère n'est pas toujours et partout applicable; il doit être réservé à la diphthérie limitée aux amygdales, au voile du palais et à la paroi postérieure du pharynx buccal. On ne doit pas y recourir lorsque le pharynx supérieur, les fosses nasales et le larynx sont atteints, car on ne pourrait alors anéantir le foyer morbide dans toute son étendue.

Etablir le diagnostic de bonne heure, cautériser de bonne heure, largement et énergiquement; voilà le précepte auquel il faut se tenir. Assurément, le praticien qui n'a pas la ressource d'un examen microscopique, pourra prendre parfois pour une angine diphthéritique, une simple angine folliculaire ou pultacée, mais l'erreur, que l'auteur a peut-être commise lui-même parfois, est de peu de conséquence; et mieux vaut s'exposer à porter de temps à autre le galvano-cautère sur une angine simple que de temporiser pour asseoir un diagnostic précis, et que de laisser à une diphthérie possible le temps d'envahir un terrain inaccessible à un moyen de traitement aussi sûr.

Le traitement consécutif consiste simplement en gargarismes antiseptiques. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 décembre 1891. — Présidence de M. Tarnier.

La correspondance comprend :

Des lettres de candidature de MM. Fiessinger, Livon et de Nucuo.

M. le Président annonce la mort de MM. Féréol et Barthez, et lève la séance en signe de deuil.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 décembre. — Présidence de M. Labbé.

Sommaire : *Deux cas d'arthrite purulente sans microbes. — Hémispasme facial chez un hystérique saturnin. — Indications fournies par l'examen bactériologique dans les épanchements liquides du pneumothorax tuberculeux. — Infection mixte par streptocoque et bacterium coli commune.*

M. Debove a observé naguère un cas d'arthrite purulente analogue à celui que M. Rendu

a rapporté dans la dernière séance. En effet, le pus ne contenait aucun microbe : on n'en trouva pas au microscope, les ensemencements restèrent stériles, l'inoculation aux animaux ne donna aucun résultat. Une simple ponction évacuatrice, sans injection antiseptique consécutive, suffit pour obtenir la guérison.

Dans un second cas, on ne trouva pas non plus de microbes dans le pus, mais l'inoculation aux animaux ne fut pas faite. Le malade était diabétique; son arthrite s'accompagna de phénomènes graves; une pneumonie lobaire se développa insidieusement et amena la mort.

Si les faits semblables au premier cas de M. Debove et à celui de M. Rendu se multipliaient, on pourrait considérer comme bénin le pronostic des arthrites purulentes dont le pus ne contient pas de microbes, de simples ponctions, suivies ou non de lavages antiseptiques, suffisant à amener la guérison complète. Mais l'absence de microbes dans le pus d'une arthrite n'est qu'un des éléments du pronostic, et la deuxième observation de M. Debove démontre que, pour établir ce pronostic, il faut aussi tenir compte d'un certain nombre d'autres conditions, et notamment du terrain.

— M. Rendu présente l'observation d'un malade atteint d'hémispasme fascial.

C'est un homme de 52 ans, sans antécédents nerveux héréditaires, ayant présenté quelques accidents d'intoxication saturnine. L'hystérie se manifesta chez lui la première fois à 48 ans; il eut à cette époque une hémiplégie droite, de nature nettement hystérique, avec perte de connaissance. Le 9 novembre dernier, nouvelle hémiplégie droite, incomplète, avec hémianesthésie complète et troubles sensoriels ; en outre, hémispasme facial simulant tout d'abord une paralysie. Mais un examen plus attentif démontre qu'il s'agit, non pas d'une paralysie, mais d'une contracture des muscles du côté opposé.

— M. Netter : L'examen du liquide pleural qui accompagne le pneumothorax tuberculeux peut fournir des indications importantes pour le traitement de l'affection. Ce liquide est le plus ordinairement séreux, louche ou séro-purulent. M. Netter l'a trouvé ainsi 13 fois sur 16 épanchements qu'il a examinés.

Dans le cas d'hydro-pneumothorax, il n'existe aucun microbe autre que le bacille de Koch, ainsi que le démontrent les examens microscopiques et les cultures. Le bacille de Koch s'y trouve constamment. L'examen microscopique ne révèle qu'assez rarement sa présence, mais on obtient toujours des résultats positifs par les inoculations au cobaye. L'épanchement est donc toujours de nature tuberculeuse; il est le fait d'une pleurésie tuberculeuse dont le développement suit de très près la perforation de la plèvre.

Les épanchements nettement purulents sont beaucoup plus rares. M. Netter n'a trouvé, en effet, que 3 pyo-pneumothorax sur les 16 cas qu'il a observés. Dans ces cas, le pus contient, à côté du bacille de Koch, les microbes ordinaires de la suppuration et des espèces saprogènes en rapport avec le processus putride habituel.

Les deux variétés d'épanchements sont presque toujours distinctes dès l'origine et il est exceptionnel de voir l'épanchement tuberculeux acquérir spontanément la qualité purulente. Pour que cette transformation se produise, il faut l'int·oduction de microbes pyogènes, et celle-ci ne se fera pas par la fistule première, à moins de grandes modifications du foyer tuberculeux. Elle peut être le fait d'une nouvelle fistule. Le plus ordinairement, l'épanchement est purulent d'emblée, les microbes pyogènes pénétrant dès le moment de la perforation. Le pyo-pneumothorax est plus rare que l'hydro-pneumothorax, parce que la rupture pulmonaire se fait beaucoup plus souvent au niveau d'un petit foyer que d'une caverne tuberculeuse.

La nature de l'épanchement fournit des indications utiles pour le traitement. Si le liquide contient des agents pyogènes et putrides, il faudra s'opposer à leur développement, et pour cela la ponction serait certainement insuffisante. L'empyème suivi de lavages sera nécessaire. S'il s'agit d'un épanchement séreux, l'incision ne permettrait guère plus que la ponction d'obtenir la disparition de la pleurésie tuberculeuse. Néanmoins, il existe des faits assez nombreux d'amélioration et même de guérison à la suite ponction. M. Netter en a lui-même recueilli un exemple. La modification imaginée par M. Potain permet de prévenir la réouverture de la fistule.

Les renseignements fournis par l'examen du liquide de l'épanchement donnent donc

des indications précieuses sur le mode de traitement qu'il convient d'employer. L'état général du malade, l'examen de la poitrine, la marche de l'affection fourniront l'indication non moins importante de l'opportunité de l'intervention.

— M. Sevestre : Un enfant de 9 ans fut pris subitement, en pleine santé, de fièvre, de céphalalgie, de nausées, d'une épistaxis abondante, et il tomba presque immédiatement dans un état de prostration très marqué; les urines contenaient une grande quantité d'albumine; bientôt après, des vésicules d'herpès apparurent aux lèvres, et des vomissements se produisirent. Le quatrième jour, l'état général s'améliora, mais, le soir même, la température s'éleva à 40° et il se produisit de la raideur de la nuque. En même temps, des pustules s'étaient montrées çà et là sur les cuisses; plusieurs arthrites purulentes se développèrent très rapidement. Au sixième jour, le malade fut pris d'un délire tranquille et mourut subitement.

Le diagnostic était difficile. On pensa successivement à une méningite, à la fièvre typhoïde, à la grippe, à la scarlatine. La nature infectieuse de l'affection était indubitable, mais il n'était pas tout d'abord possible d'en déterminer l'origine. Néanmoins, cette interprétation fut plus franchement adoptée lorsqu'on découvrit, à l'un des doigts, un panaris sous-unguéal qui avait manifestement précédé tous les autres accidents et qui était vraisemblablement leur point de départ.

A l'autopsie, on trouva une méningite à peu près limitée au cervelet et du pus dans les articulations. L'examen bactériologique révéla la présence du streptocoque dans le panaris et dans les vésicules d'herpès labial. On n'avait trouvé, pendant la vie, aucun microbe dans le pus de l'articulation du genou, et les essais de culture étaient restés sans résultats. Mais, immédiatement après la mort, on ponctionna les deux genoux, avec toutes les cautions d'asepsie, et l'on trouva, dans les cultures, le bacterium coli commune. Il en fut de même pour le pus du cervelet.

Les recherches de Bouchard et de ses élèves, sur l'action des produits solubles que fabriquent les microbes, expliquent peut-être comment, dans le fait de M. Sevestre, le bacterium coli commune, qui est inoffensif dans les conditions normales, a pu devenir pathogène. Les produits solubles, en effet, sont ou vaccinants, ou toxiques, ou prédisposants. On pourrait donc admettre que le panaris a déterminé, chez le petit malade, une infection dont l'herpès, avec son liquide chargé de streptocoques, a été une manifestation positive; que des produits solubles ont été fabriqués par le streptocoque, et, en particulier, des produits prédisposants; enfin que, grâce à ces produits prédisposants, le bacterium coli commune est devenu pathogène.

Il est des septicémies spontanées dont le mécanisme échappe et dont la nature reste inconnue; peut être l'hypothèse de M. Sevestre leur serait-elle applicable si la justesse en était démontrée.

VARIÉTÉS

Les communications de Koch sur la tuberculine, jugées par un Allemand.

Sous ce titre, M. Hueppe vient de publier, dans la *Berliner klinische Wochenschrift*, n° 46, une critique visant moins la méthode de Koch elle-même que la façon dont il l'a fait connaître au monde savant. Il reproche à Koch d'avoir fait des communications volontairement inexactes et surtout incomplètes, de professer ouvertement pour les autres bactériologistes un dédain absolument immérité. Cet article faisant sensation au delà du Rhin, nous croyons devoir en analyser les principaux points.

Ce n'est que dans sa quatrième et dernière communication que Koch a révélé son secret; ce n'est que tout récemment qu'il a parlé des cultures sur agar-agar, de leur lavage avec la glycérine à 4 p. 100 et de la réduction du résultat au dixième par évaporation; il vient seulement de nous dire que la tuberculine se trouve dans les cultures de bacilles sur milieux liquides glycérinés. « Y a-t-il au monde un homme, ajoute Hueppe,

qui puisse voir là un extrait de cultures bacillaires par la glycérine à 40 ou 50 p. 100. » (V. troisième communication, janvier 1891.)

En prétendant avoir donné des indications suffisantes pour qu'un bactériologiste exercé pût reproduire ses expériences et obtenir une tuberculine analogue à la sienne, Koch « a émis presque autant d'inexactitudes que de mots ». Aussi, est-ce un devoir pour la critique impartiale de relever la façon dont il fait ses communications et d'en montrer la pauvreté.

I. *Extraction de la substance active de la tuberculine.* — Sauf l'application de la tuberline à la thérapeutique, il n'y a rien de nouveau, d'inconnu jusque là, dans les retentissantes communications de Koch; elles sont encore très incomplètes au sujet des expériences qu'il a dû faire sur les animaux.

Deux ans avant lui, Hammerschlag avait constaté la présence d'une substance toxique dans les cultures tuberculeuses; Koch annonça qu'on pouvait l'extraire par l'alcool; Hahn en fit une albumose; W. Hunter a déjà dépassé les derniers résultats annoucés par Koch: en dialysant le précipité alcoolique, il en a isolé diverses albumines toxiques, dont l'une est surtout fébrigène et l'autre principalement phlogogène. C'est le travail de Hunter, et non la communication de Koch, qui indique les derniers progrès faits par la science sur ce point.

II. *Comment, de l'avis de Koch, on doit faire les communications scientifiques.* — Lorsque Pasteur annonça au monde savant qu'il atténuait la bactéridie charbonneuse et lorsqu'il indiqua en même temps son procédé (chauffage à 42°), Koch, « le grand, l'incomparable microbiologiste », mit tout une année à contredire ces résultats; puis il lui fallut une seconde année pour reconnaître l'exactitude des faits. Voici ce que disait en propres termes Koch (façon 1881) :

« Pasteur est à critiquer non seulement pour les défauts de sa méthode, mais encore pour sa façon de publier ses recherches. Dans les entreprises industrielles, il est souvent commandé par l'intérêt de garder le secret d'un procédé qui a conduit à une découverte importante; mais, en science, on suit d'autres coutumes. Celui qui tient à la confiance et à la considération du monde scientifique doit publier ses méthodes pour que chacun puisse contrôler ses assertions. C'est ce que n'a pas fait Pasteur. Déjà, dans sa communication sur le choléra des poules, il a longtemps tenu secrète sa méthode d'atténuation du microbe. C'est ce qu'il fait encore pour l'atténuation de la bactéridie charbonneuse. Les communications de Pasteur sur ces deux vaccins sont si incomplètes qu'on ne peut, sans plus de détails, renouveler et contrôler ses expériences. Celui qui se conduit ainsi ne doit pas se plaindre si, dans les cercles scientifiques, il rencontre méfiance et critique sévère. » Y a-t-il, ajoute M. Hueppe, plus sévère critique des communications de Koch que ses propres paroles, qui s'appliquaient si mal à Pasteur ?

III. *Jugement de Koch sur les bactériologistes.* — Les bactériologistes ont tenté de reproduire la tuberculine, et, malgré les indications données (?), ils n'ont pu, au dire de Koch, résoudre ce problème. Il y a là, ajoute-t-il, quelque chose d'humiliant pour les bactériologistes actuels, qui ne peuvent pas faire d'expériences personnelles et qui en ont été réduits à réclamer avec instance une recette.

Cette assertion est fausse, dit M. Hueppe, et en contradiction avec les faits. Ce ne sont pas les bactériologistes qui ont demandé la recette de la tuberculine; ce sont les cliniciens qui ont, à bon droit, réclamé des explications sur le remède secret que Koch leur offrait au mépris des usages. Confiants dans les paroles de Koch, quelques chercheurs ont perdu leur temps à tenter de faire des extraits de culture par la glycérine à 40 p. 100, mais d'autres ont laissé ces données de côté et ont réussi.

Entre bien d'autres, Hueppe et Scholl, dès le 15 janvier 1891, montraient que la tuberculine « du commerce » provenait de cultures bacillaires faites dans du bouillon ou de l'extrait de viande additionné de peptone et de glycérine, puis concentrées. Le février, ils montraient qu'il était faux qu'il s'agît d'un extrait par la glycérine à 40 ou 50 p. 100, que le poison existait déjà en nature dans un liquide de culture glycériné. Sans parler d'aucun de ces travaux, Koch en confirmait l'exactitude huit mois plus tard.

Y a-t-il là quelque chose d'humiliant pour la bactériologie actuelle, surtout quand on

pense qu'il a fallu deux ans à Koch pour vérifier les découvertes de Pasteur à propos d'un microbe de développement bien plus rapide que celui de la tuberculose? (*Progrès médical* du 29 novembre.) — P.

Thèses présentées et soutenues devant la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon pendant l'année scolaire 1891-92.

a) *Thèses de médecine.*

Tillier (Michel) : De la gastrotomie dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage; nouvelle technique opératoire (10 nov.). — Tostivint (Jean) : Etude comparative de l'entérectomie et de l'entérorrhaphie primitive et de l'anus contre nature dans la cure des hernies étranglées (17 nov.). — Beauxis-Lagrave (Romain) : Du traitement des névralgies rebelles du dentaire inférieur par l'excision de la portion intra-osseuse et l'arrachement du bout périphérique (14 nov.). — Paret (Louis) : Essai sur le latéralisme chez les aliénés (16 nov.). — Durnerin (Joannès) : Variations provoquées des signes acoustiques dans les affections de la plèvre (influence de la compression du thorax) (21 nov.) — Vignié (Gaston) : De l'égorgement au point de vue médico judiciaire (23 nov.) — Fleury (Eugène) : Du traitement de l'épididymite blennorrhagique par le stypage (27 nov.). — Saint-Cyr (François-Joseph) : Du cordon ombilical au point de vue médico-judiciaire (23 nov.). — Magnificat (Laurent) : Des complications auriculaires au cours de la leucocythémie (27 nov.).

b) *Thèses de pharmacie.*

Métroz (Emile) : Remarques générales sur l'acidité urinaire (24 nov.).

FORMULAIRE

Traitement de la kératite vésiculeuse. — De Wecker et Landolt.

Dans la kératite vésiculeuse ou herpès de la cornée, il ne suffit point d'évacuer à l'aide d'une piqûre le contenu des vésicules, car le liquide se reproduit bientôt, ainsi que les douleurs. Après avoir piqué les vésicules, il est utile d'enlever leurs parois avec des pinces-ciseaux, ou d'opérer un véritable râclage avec un couteau à cataracte; après quoi on met l'œil à l'abri de toute cause d'irritation, en le couvrant d'un bandeau compressif. — Si le malade se refuse à l'opération, on y supplée par l'introduction dans l'œil d'une pincée de calomel ou d'une autre poudre, capable de détruire par le frottement les parois peu épaisses des vésicules. On a recours, en outre, aux instillations d'ésérine ou de pilocarpine. — N. G.

COURRIER

Sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène publique de France, le ministre de l'intérieur a décerné les récompenses suivantes aux docteurs en médecine ci-après désignés, qui se sont distingués pour leur participation dévouée aux travaux des Conseils d'hygiène publique et de salubrité pendant l'année 1888 :

Médaille d'or. — M. Chartier, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes, membre du Conseil du département de la Loire-Inférieure. (Rapport sur une épidémie de pneumonie à l'usine Leblanc.)

Rappel de médaille d'or. — M. Pilat, médecin des épidémies, membre du Conseil du département du Nord.

Médaille de vermeil. — M. Fouquet, médecin des épidémies, secrétaire du Conseil du département du Morbihan. (Rapport sur les épidémies.)

Rappel de médaille de vermeil. — M. Jablonski, médecin des épidémies, secrétaire du Conseil du département de la Vienne.

Médailles d'argent. — M. Blanquinque, médecin des épidémies, membre du Conseil du département de l'Aisne; — M. Leroy des Barres, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Denis (Seine).

Médailles de bronze. — M. Bindé, médecin des épidémies, membre du Conseil de l'arrondissement d'Ancenis (Loire-Inférieure); — M. Chavanis, médecin à Saint-Etienne, membre du Conseil de la Loire (Rapport sur l'état hygiénique de l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne); — M. Gautrelet, directeur honoraire de l'Ecole de médecine de Dijon, vice-président du Conseil du département de la Côte-d'Or (Participation active aux travaux du Conseil); — M. Labat, professeur à l'Ecole vétérinaire de Toulouse, membre du Conseil du département de la Haute-Garonne (Rédaction du compte rendu); — M. Langlais, médecin des épidémies, secrétaire du Conseil de l'arrondissement de Pontivy (Relation d'une épidémie de variole à Moustoir-Ac (Morbihan); M. Marquezy, médecin des épidémies, membre du Conseil d'arrondissement de Neufchâtel-en-Bray (Note sur les mesures de propreté auxquelles on peut et doit astreindre ceux qui demandent à être admis dans un asile communal); — M. Pedrono, médecin des épidémies et membre du Conseil de l'arrondissement de Lorient (Rapports sur les épidémies de variole dans le département du Morbihan); — M. Penant, médecin des épidémies et membre du Conseil de l'arrondissement de Vervins (Aisne).

Une suite de choléra. — L'association des médecins des Pyrénées-Orientales vient d'assigner, devant le tribunal civil de Perpignan, le préfet du département, représentant l'Etat, et le maire de Perpignan représentant la Ville.

Les faits remontent à l'année dernière, au moment où, le choléra s'étant déclaré sur certains points du territoire espagnol, des mesures furent prises à la frontière française.

En vertu des deux décrets du 28 juin et du 2 juillet 1890, le gouvernement enjoignit à tous les voyageurs provenant d'Espagne de se présenter à la mairie des villes dans lesquelles ils s'arrêteraient pour y fixer leur résidence, et il enjoignit, en outre, aux maires de toutes les communes de France de faire procéder à la visite sanitaire, pendant trois jours, de tous les voyageurs venant de l'autre côté des Pyrénées. M. le maire s'entendit avec les docteurs de la ville, lesquels, moyennant 3 francs dans l'enceinte de la ville et 6 francs dans la banlieue, prix débattu et consenti, s'engagèrent à faire les visites sanitaires exigées par le ministre.

Quant tout danger cholérique fut écarté, MM. les docteurs présentèrent au conseil municipal de Perpignan leur note, montant au chiffre de 12,429 francs.

Le conseil municipal adressa la note au ministère avec prière de la régler, disant que, puisqu'il avait ordonné les visites, c'était à lui de les payer.

Le ministre de l'intérieur répondit qu'il voulait bien participer à la dépense, gracieusement, pour une somme de 3,000 francs, mais que les frais de visites devaient, d'après les décrets, être supportés par la ville.

Le conseil municipal distribua aux médecins les 3,000 francs ministériels, mais refusa obstinément de donner un centime de plus sur les fonds communaux, prétendant que, la mesure ayant été prise pour sauvegarder la nation entière, il était absolument injuste qu'une ville payât pour tout le pays, sous prétexte qu'elle était ville frontière.

Depuis un an le conflit dure sans que les parties aient pu se mettre d'accord. C'est pourquoi les médecins, las d'attendre, viennent de s'adresser aux tribunaux pour obtenir le règlement de leur 9,429 francs, soit par l'Etat, soit par la Ville.

Singulière falsification des denrées alimentaires. — L'ingéniosité des falsificateurs sera toujours inépuisable; les deux exemples que nous citons, d'après M. Van Hamel Ross, en sont les preuves.

La première de ces falsifications porte sur le café. Le procédé est bien simple et, strictement, échappe à la définition de la falsification. Il consiste à extraire seulement les substances auxquelles le café doit sa valeur : personne ne peut alors dire qu'on y a ajouté quelque chose; après on recouvre le grain d'un vernis. Les échantillons ainsi traités se distinguent par leur couleur très foncée. Mais l'examen microscopique démontre la

structure du café, à cela près que les globules de graisse qui se trouvent dans le café pur manquent ici complètement. Aussi, c'est à l'analyse chimique qu'il faut s'adresser pour découvrir la fraude. La quantité de l'extrait par l'éther, qui s'élève en général de 13 à 14 p. 100 dans un café de bonne qualité, se trouve ici de 1 p. 100. L'extrait sert évidemment pour une préparation destinée à la vente; les grains sont alors torréfiés une seconde fois; on y ajoute seulement un peu de sucre pour les couvrir d'un vernis.

La seconde fraude dont nous voulons parler porte sur les amandes qui, cette fois, sont artificielles. L'imitation est parfaite; elles sont composées de glucose et parfumées avec de l'essence de mirbane. La forme et la couleur des amandes naturelles, tout y est. Ces amandes artificielles qui sont, il est vrai, inoffensives, sont lancées dans le commerce en gros et sont mélangées avec les véritables amandes. (*Lyon méd.*)

Service de santé militaire. — *Les infirmiers militaires.* — Pendant une épidémie de typhus qui a décimé la population de l'île de Tudy (Finistère), on dut demander le concours du service de santé. On fit appel à la 11e section d'infirmiers pour fournir trois volontaires. Tout le monde se présenta et il fallut tirer au sort. Un de nos confrères nous apprend que, sur ces trois jeunes gens, l'un est mort; un autre, gravement atteint par la maladie, est aujourd'hui en convalescence; le troisième seul reste indemne. Ce dévouement n'est pas un fait isolé : il est constant. Aussi les députés qui demandent l'assimilation des infirmiers aux armes dites combattantes trouveront-ils là un argument nouveau en faveur de leurs protégés. (*Progrès médical.*)

Assistance privée. — *Dons.* — M. Chauchard qui, chaque année, fait des dons importants aux Sociétés auxquelles il s'intéresse, vient de leur distribuer la somme de 111,000 francs. Dans ce don magnifique, il y a 10,000 francs à l'Œuvre nationale des hôpitaux marins pour les enfants lymphatiques et scrofuleux, 10,000 francs à l'Union française pour le sauvetage de l'enfance, enfants moralement abandonnés.

Nécrologie. — Le corps médical vient de faire la perte la plus cruelle dans la personne de M. le docteur Féréol, médecin honoraire de la Charité, secrétaire annuel de l'Académie. C'était un médecin aimé entre tous, par ses malades et ses élèves, un clinicien de premier ordre en même temps que modeste et simple. Un grand concours de confrères et d'amis ont honoré ses obsèques. Le deuil était conduit par M. le docteur André Petit, son gendre; MM. les docteurs Chopy et Brissaud, ses neveux. Les cordons du poêle étaient tenus par MM. les professeurs Hardy et Tarnier; M. Peyron, directeur de l'Assistance publique; MM. les docteurs Bergeron, Labbé et Millard.

Nous apprenons presque en même temps un malheur aussi inattendu. M. le docteur Léon Tripier, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon, est mort subitement, dimanche soir, à l'âge de 49 ans. On attribue cette mort à la rupture d'un anévrysme.

Société de médecine de Paris. — Séance du 12 décembre 1891. — *Ordre du jour :* 1. Election du Bureau. — 2. Communications diverses.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

Les morts de la quinzaine : Bouchut, Féréol, Barthez, Léon Tripier.

Les morts vont vite, beaucoup trop vite. Après Henri Roger, disparaissent deux illustres représentants de la médecine infantile, Barthez et Bouchut, l'Académie de médecine perd son secrétaire annuel, Féréol, et la Faculté de médecine de Lyon un de ses professeurs, Léon Tripier. Les regrets du monde scientifique sont peut-être moins grands pour ceux qui, arrivés à la limite de leur activité, laissent la place à de plus jeunes, que pour ceux qui n'ont pas encore donné tout ce qu'on pouvait attendre d'eux; mais la famille, les amis, qui se croient en droit de jouir enfin de celui que la clientèle, l'Ecole, l'hôpital a éloignés d'eux, quelle cruelle déception n'est pas la leur! C'est à eux que nous adressons l'hommage de notre bien vive sympathie.

Le plus âgé de tous, Barthez de Marmorières (Antoine-Charles-Ernest), né à Narbonne en 1811, était le petit-neveu de l'illustre Barthez de Montpellier. Il fut nommé interne des hôpitaux en 1834, le premier de sa promo-

FEUILLETON

CAUSERIE

Ce n'est pas en France seulement que les médecins protestent contre la faiblesse de la rémunération qu'ils reçoivent pour les services publics, et émettent la prétention de se voir payer d'une façon moins dérisoire.

La ville de Tilsitt, en Allemagne, vient d'être le théâtre d'une sorte de grève médicale due à une cause de ce genre.

La place de médecin de l'hôpital venait d'être offerte, suivant avis du conseil municipal, par voie d'annonces dans les journaux, et les appointements de cette place étaient fixés à mille marcs (1,250 francs) par an.

La Société médicale de la localité fit suivre cette annonce d'un entrefilet annonçant que les médecins de la ville ne voulaient pas accepter la place pour une aussi faible rémunération, et invitant les médecins étrangers à la localité à prendre, avant tout engagement, des informations précises auprès d'un médecin désigné à cet effet.

La Société médicale réclame des honoraires de 1,500 marcs (1,875 francs) au ninimum, et menace de mettre à l'index tout médecin qui accepterait les fonctions au-dessous de ce prix. Aucun médecin n'a fait de demande.

tion, qui comprenait Debrou, Forget, Laborie, Rechoux, Baron, Marjolin, Vigla et Lebert, le dernier de la liste. Après avoir fait de brillantes études et remporté plusieurs prix, il soutint sa thèse de doctorat en 1839, à Paris, sur *les avantages de la marche et des exercices du corps dans les cas de tumeurs blanches, caries, nécroses des membres inférieurs chez les scrofuleux.* A peine nommé médecin du Bureau central, il fut désigné avec Guéneau de Mussy et Landouzy, pour aller observer et combattre l'épidémie de suette miliaire qui a régné, en mai et juin 1845, dans l'arrondissement de Coulommiers.

M. Barthez a été médecin de l'hôpital Saint-Eugénie et du prince impérial, membre de l'Académie de médecine (1866), chevalier de la Légion d'honneur (1847) et officier (1863).

Outre sa thèse, on cite de lui plusieurs mémoires importants sur les maladies de l'enfance, sur la pneumonie, les hémorrhagies de la grande cavité de l'arachnoïde, les angines et les gangrènes du pharynx, insérés dans les *Archives générales de médecine* ou la *Gazette médicale de Paris.* Ces travaux ont servi de bases à l'ouvrage qu'il a fait paraître, en 1843, avec Rilliet (de Genève) : *Traité clinique et pratique des maladies des enfants,* qui eut une seconde édition en 1853, et dont son gendre, M. Sanné, a récemment publié la troisième. Cet ouvrage, couronné par l'Académie de médecine et par l'Académie des sciences, est encore considéré comme un des meilleurs sur la matière.

M. Barthez vient de mourir, dans sa 81e année, à Excideuil (Dordogne), patrie de notre regretté maître Parrot.

— La même année qu'il sortait de l'internat, y entrait M. Bouchut, le 26e de la liste, sur 29 ; mais les chiffres, en pareil cas, ne signifient pas grand'chose, car nous voyons l'année suivante (1839) Claude Bernard arriver 27e, sur 30 ; en 1840, Houel le dernier ; en 1843, Cusco l'avant-dernier ; en 1844, Broca le 37e, sur 38, etc., alors que des noms restés tout à fait inconnus occupent les premières places.

Bouchut avait eu comme concurrents sérieux Aran, Gratiolet, Bourdon

---

Dans une discussion au conseil municipal, le bourgmestre, qui, paraît-il, avait convenu en particulier que les honoraires offerts étaient bien faibles pour les services demandés, s'est étonné en public des procédés de la Société médicale ; il les trouve incorrects et indignes de médecins. Mais il a exprimé, néanmoins, l'espoir de trouver un médecin acceptable au rabais.

De leur côté, les médecins protestent contre le mot de grève appliqué à leur entente ; ils réclament le droit de discuter les honoraires et de les refuser s'ils les trouvent insuffisants. Le conseil municipal les a admis à s'expliquer, mais, partageant les espérances du bourgmestre, il a repoussé toute proposition de transaction.

* * *

L'exercice illégal de la médecine nous fait assister parfois à d'étranges spectacles. Mais au moins il y en a aussi de temps en temps qui sont comiques. Cela nous repose des autres.

Tel est le cas d'un cordonnier d'Astern, localité de la province prussienne de Saxe, et qui vient d'être poursuivi pour exercice illégal de la médecine. Il avait annoncé, dans une feuille publique, qu'il possédait un remède infaillible pour guérir les cors aux pieds. Le tribunal des échevins l'a traduit à sa barre et l'a sommé de produire son fameux spécifique. Le prévenu a ouvert alors un sac énorme et a exhibé quelques douzaines de formes de souliers, faites pour éviter le frottement du cuir sur les cors.

et les deux Tardieu. Il reconquit vite la première place et obtint, en 1842, la médaille d'or de l'internat. On peut dire qu'il conserva cette place, depuis lors, comme médecins d'enfants.

Né en 1818, à Paris, M. Eugène Bouchut soutint sa thèse, en 1842, sur la pneumonie des nouveau-nés. Chef de clinique en 1849, médecin du Bureau central en 1850, agrégé de la Faculté en 1853, il fut attaché d'abord à l'hôpital Sainte-Eugénie, puis aux Enfants-Malades, où il resta jusqu'à sa retraite par limite d'âge, en 1883.

M. Bouchut a beaucoup écrit, beaucoup enseigné, et cependant il ne fut ni professeur à la Faculté ni membre de l'Académie. « Il était né pour l'enseignement, dit notre collègue Corlieu, qui l'a connu intimement pendant quarante ans; il avait un rare talent d'exposition, la parole facile, correcte. Il fut un maître dans l'enseignement libre, savait attirer la foule des étudiants à son amphithéâtre, où il fit des leçons sur la pathologie interne, sur la pathologie générale, sur l'histoire de la médecine ou sur la clinique infantile, où il était un professeur sans rival. Sa place était marquée à la Faculté comme à l'Académie; de mesquines rivalités ont fermé les portes à ce travailleur, qui eût été l'une des gloires de ces deux corporations. »

Parmi les œuvres de M. Bouchut, citons en première ligne ses *Recherches sur la phlegmatia alba dolens* (1844), couronnées par la Faculté; son *Manuel des maladies des nouveau-nés et des enfants à la mamelle*, qui, arrivé à sa 7e édition, a été couronné par l'Institut, comme son *Traité des signes de la mort;* l'*Ophthalmoscopie cérébrale;* le *Nervosisme;* l'*Histoire de la médecine et des doctrines médicales; Éléments de pathologie générale et de séméiologie; Dictionnaire de thérapeutique*, etc.

Rappelons aussi ses travaux sur le tubage de la glotte, qu'il voulait mettre à la place de la trachéotomie, et qui, après avoir été rejetée hors de France, y revint il y a quelques années après avoir fait fortune en Amérique sous le nom d'intubation de la glotte. En 1890, au Congrès international des sciences médicales de Berlin, M. Bouchut a pu assister à la résurrection de son procédé et on a rendu pleine justice au médecin français.

La médecine n'avait évidemment rien à voir la dedans, pas plus du reste que la pharmacie. Tout au plus l'orthopédie. Aussi le prétendu délinquant a-t-il été acquitté.

*
* *

Ne forcez pas votre talent..... il pourrait vous en cuire comme au jeûneur de profession Henri Stratton, qui vient de mourir à New-York.

Stratton, qui avait à son actif des jeûnes très respectables, voulut faire mieux encore. Son rêve était d'éclipser Succi qui avait pu rester jusqu'à quarante-cinq jours sans manger.

Il s'installa donc, il y a quelques semaines, dans un cabinet de curiosités de New-York et se mit à se brosser le ventre sous l'œil vigilant d'un comité constitué pour la circonstance.

Tout alla bien pendant trente jours environ; mais, le trente-septième jour, Stratton fut pris d'étourdissements. Le médecin qui le surveillait lui conseilla d'en rester là.

Stratton refusa, l'homme de l'art lui ordonna alors d'absorber tout au moins un peu de champagne une fois par jour.

Le jeûneur céda, mais, prenant goût à notre vin national, il se mit à en boire une telle quantité que son état empira d'une façon alarmante. Le remède devenait pis que le mal.

Mardi dernier, quarante-deuxième jour de son jeûne, on était obligé de le transporter à l'hôpital et il y est mort.

Chevalier de la Légion d'honneur en 1852, il fut promu officier en 1871 et commandeur en 1886. Il est mort dans sa 73e année. Ses obsèques ont eu lieu le 29 novembre. « Une députation de la Faculté, ayant à sa tête le doyen, assistait au convoi, et, au cimetière, le professeur Grancher, qui fut l'interne de M. Bouchut, prit la parole pour dire les services que son ancien maître avait rendus à la science et pour rappeler ses immenses travaux. »

— M. Féréol avait commencé ses études par le droit, aussi arriva-t-il un peu tard à l'internat, à 29 ans, en 1854, la même année que Peter, Luton, Alfred Fournier, Guyot, Panas, Lecorché, tous plus jeunes que lui de plusieurs années.

Né à Paris le 12 février 1825, Félix-Henri Second, dit Féréol, soutint sa thèse de doctorat le 13 mai 1859, *Sur la perforation de la paroi abdominale antérieure dans les péritonites;* fut médecin du Bureau central en 1865, membre de l'Académie de médecine en 1883 et secrétaire annuel en 1889. Ses rapports en cette dernière qualité furent très appréciés, et, dans quelques jours, l'Académie, à sa séance annuelle, allait encore applaudir son appréciation de ses travaux et des ouvrages couronnés aux concours de cette année.

M. Féréol a peu écrit. Absorbé par son service d'hôpital et sa clientèle, il se contenta de rédiger de courtes notes sur les faits intéressants qu'il avait observés. Voici le titre de quelques-uns de ces travaux communiqués pour la plupart à la Société médicale des hôpitaux, sa tribune de prédilection.

Observations et réflexions sur un cas de maladie bronzée de la peau (1856). — *Premier cas de la maladie d'Addison observé en France* (1856). — *Gale crustacée* (1856). — *Hydatides infiltrées dans la face et le poumon* (1867). — *De quelques symptômes viscéraux et en particulier des symptômes laryngo-bronchiques de l'ataxie locomotrice progressive* (1868). — *De l'iodoforme employé comme topique pour cicatriser les plaies et ulcères non cancéreux* (1868). — *Des rapports de la goutte et du rhumatisme à propos de deux autopsies de goutteux* (1869). — *Ulcération tuberculeuse de la langue* (1872). — *Sur*

*
* *

Un projet de loi tendant à la répression de l'alcoolisme en Allemagne, vient d'être présenté au Reichstag. Ce projet limite la liberté de vente des boissons spiritueuses, mais il a le tort de ne pas parler de la vérification de la qualité et de la pureté des liquides mis en vente. On sait cependant combien les eaux-de-vie industrielles, introduites dans le commerce sans une rectification suffisante, sont dangereuses pour la santé des consommateurs.

En dehors de ces mesures de police, le projet de loi porte que le dipsomane qui néglige ou compromet ses intérêts et ceux de sa famille, qui devient dangereux pour lui-même ou pour les autres, peut être interné dans un établissement spécial où il sera maintenu jusqu'à sa guérison.

Cet internement est subordonné à une double constatation médicale et à l'autorisation de la police. Au point de vue de la surveillance, les établissements destinés au traitement des dipsomanes sont assimilés aux établissements d'aliénés.

Si le malade est déclaré incurable, il est mis en tutelle et pourvu d'un tuteur. Au point de vue de la capacité, il est alors assimilé à un mineur qui a dépassé l'âge d'enfant. Il conserve le droit de tester.

Il serait nécessaire de donner une définition juridique de la dipsomanie, car une loi de ce genre soulèvera plus d'une difficulté d'interprétation au moment de son application.

SIMPLISSIME.

une paralysie de la sixième paire gauche causée par un tubercule développé dans l'épaisseur de la protubérance (1873). — *Des perforations pleuro-bronchiques dans l'expectoration albumineuse* (1873). — *Note sur la communication anatomique existant entre les noyaux d'origine de la troisième et de la sixième paires* (1873). — *Notes sur quelques ulcères spéciaux développés au voisinage des orifices naturels chez les tuberculeux* (1874). — *Note sur un cas d'hydrophobie rabique survenue deux ans et demi après la morsure d'un chien enragé* (1874). — *Rhumatisme cérébral traité par les bains froids; guérison* (1875). — *Note sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids* (1876). — *De la paralysie du moteur oculaire externe avec déviation conjuguée* (1878). — *Des nodosités cutanées éphémères chez les arthritiques* (1878). — *Myocardite suppurée primitive* (1878). — *Pleurésie purulente, empyème pulsatile total, fistule pleurale consécutive, opération d'Estlander, guérison* (1884). — *Observation de chromidrose* (1885), *etc.*

Par ces titres, on peut voir que M. Féréol, s'il a peu publié, ne s'attardait pas aux banalités.

Il fut nommé officier de la Légion d'honneur en janvier 1891.

— Nous reviendrons, dans notre prochain *Bulletin*, sur M. Tripier, n'ayant pas aujourd'hui les éléments nécessaires pour sa biographie. — L.-H. P.

REVUE DES CLINIQUES

Tuberculose cutanée guérie. Tuberculose viscérale consécutive. Adénopathie trachéo-bronchique et néphrite, par M. le professeur GRANCHER (1). — Je vous présente aujourd'hui cet enfant pour la troisième fois : la première fois, il s'agissait d'une étude de diagnostic, car nous hésitions entre un impétigo simple et un impétigo rodens, d'origine tuberculeuse.

Le malade portait des ulcérations de même nature sur la face et sur la jambe gauche. Depuis, notre diagnostic s'est affermi ; outre l'aspect extérieur des lésions, favorable ainsi que leur durée et leur accroissement progressif à une tuberculose cutanée, un abcès s'est formé, qu'on a ouvert. Une inoculation pratiquée dans le péritoine d'un cobaye avec le pus causa sa mort, six semaines après; la lésion cutanée était donc nettement tuberculeuse.

La deuxième fois, je vous l'ai montré comme un triomphe de la médication préconisée par M. Gaucher. Toutes les lésions cutanées tuberculeuses de l'enfant avaient disparu ou s'étaient considérablement amendées par ce traitement, qui consiste en applications de vaseline boriquée.

L'action dura quelques semaines, alors que tous les autres topiques échouaient depuis trois années; et, à propos de cette thérapeutique intéressante, je faisais quelques réserves en vous indiquant la grande différence qui existe entre une lésion tuberculeuse de la peau et les tuberculoses locales périphériques en général, dont les bacilles sont ordinairement peu virulents et peu nombreux, et la phthisie pulmonaire, maladie bien plus grave, car elle ne présente pas la même obéissance aux médications diverses; et je vous disais que l'acide borique, dont l'effet est souvent merveilleux dans une tuberculose superficielle comme celle-ci, pouvait ne pas avoir et même n'avait pas, à mon avis, la même action bienfaisante sur la tuberculose pulmonaire.

Nous ne nous occuperons aujourd'hui, chez ce même enfant, que de ce qui se passe dans ses organes profonds, dans ses viscères.

L'enfant a 7 ans. Ses antécédents pathologiques, héréditaires ou personnels, sont à peu près nuls jusqu'à 3 ans. Il est venu à terme et a été élevé au sein. Il n'a jamais eu

(1) Résumé d'après le *Bulletin médical*, 1891.

que la coqueluche à l'âge de 3 ans; à cette époque, il a présenté une éruption vésiculo-pustuleuse sur la face. C'est la même que nous vous avons montrée. De plus, toujours à l'âge de 3 ans, il avait du prurit aux aines et aux bourses, avec des lésions de grattage, des croûtes sur le visage et sur la jambe gauche.

A la suite, il a souffert d'une conjonctivite assez intense; mais, ce qui est particulièrement intéressant à relever dans l'observation, c'est la gêne de la respiration et l'oppression, datant de la même période, avec recrudescence nocturne, qui y sont notées.

L'enfant entra dans notre service le 6 janvier 1891, et, dès le soir même, l'oppression se montrait avec un tirage épigastrique si intense, que la garde effrayée courut chercher l'interne de service, qui fit appliquer des ventouses. Le cornage était si intense qu'il gênait l'auscultation; en arrière, on entendait des râles ronflants. Rien au cœur ni dans les urines. On était donc en présence d'un trouble respiratoire bizarre, ne se manifestant que le soir, par du tirage, un cornage très bruyant et des accès de suffocation capables d'effrayer l'entourage.

Telle était la situation le 7 janvier 1891, au moment de l'arrivée du malade à l'hôpital. La mère prétendait que tout cela n'existait que depuis trois mois, sauf quelques légers troubles. A quoi pouvait-on attribuer ces suffocations?

Mon chef de clinique, M. Martin de Gimard, pensait que tous ces troubles pouvaient être expliqués, au moins en partie, par la conformation vicieuse de la face. En effet, notre petit malade est atteint de bec-de-lièvre et fente palatine avec arcade palatine soudée et rétrécie, obstruant l'isthme du gosier. Cette opinion paraissait d'autant plus légitime qu'une énorme hypertrophie amygdalienne venait se joindre aux autres lésions congénitales pour entraver la libre pénétration de l'air.

Vers le 9 janvier, la toux était plus fréquente, le tirage plus fort, l'oppression plus intense, en même temps que les lésions cutanées s'amélioraient de plus en plus. Le 28 janvier apparaît, au niveau de la première pièce du sternum, un abcès du volume d'une noix, d'où s'écoule du pus bien lié. La question se posait de savoir si le médiastin n'était pas déjà atteint d'adénopathie abcédée, et ne communiquait pas avec le sternum. Une recherche faite à l'aide d'un stylet n'indiqua pas même une dénudation du sternum. Il semblait cependant qu'il y eût une relation entre cet abcès et l'oppression du malade, car la respiration s'améliora sitôt qu'on l'ouvrit. C'est là un point obscur qu'on n'a pu élucider. Aujourd'hui, l'abcès est cicatrisé.

Le 16 avril, l'enfant fut pris d'une kérato-conjonctivite intense. On l'envoya en chirurgie. Pendant ce séjour, les lésions cutanées se guérirent définitivement, mais la suffocation reprit plus intense et l'on pensa pratiquer la trachéotomie. On ne fit pas cette opération; mais, peu après, le malade nous revint avec les mêmes symptômes, et, en plus, de l'anasarque. Sa face est pâle, bouffie; les paupières sont œdématiées; sur les membres, l'empreinte du doigt reste sous forme de godets; avec cela, très peu d'urine et beaucoup d'albumine. Cette complication paraît être en faveur d'une néphrite; mais nous reviendrons sur ce sujet.

On constate également, à ce moment, chez l'enfant, un gonflement de la région épigastrique; M. Martin de Gimard envisagea alors l'idée d'un abcès du lobe gauche du foie; une ponction exploratrice ne donna que quelques gouttes de sang. Il s'agissait d'une congestion hépatique intense, qui, depuis, a à peu près disparu.

En résumé, cet enfant paraît atteint de lésions multiples; l'anasarque, l'albuminurie, le gonflement du foie et surtout les troubles respiratoires en sont des preuves; l'oppression augmentait quand les lésions cutanées s'amendaient, et tous les organes, poumons, bronches, ganglions centraux et périphériques, le foie et le rein, paraissent altérés. L'observation qui relate tout cela présente des lacunes; elle n'insiste pas sur le manque absolu de murmure vésiculaire, qu'on perçoit toujours dans les cas analogues en faisant abstraction des bruits surajoutés, râles ronflants et sibilants.

Ce seul signe, que je considère dans l'espèce comme capital, suffit à conclure que l'enfant est porteur de grosses lésions viscérales et médiastines. Son poumon droit au moins est tuberculeux; il en est peut-être de même du poumon gauche. De plus, il a de l'adénopathie trachéo-bronchique, et c'est elle qui est la cause de tous les troubles respiratoires, y compris l'absence du murmure vésiculaire. Je ne dis pas que la néphrite

récente ne soit pour rien dans l'oppression du petit malade; mais c'est un fait secondaire. La cause capitale est l'adénopathie.

L'étude attentive du murmure vésiculaire, de sa force, de sa douceur, etc., dans les diverses régions du thorax, est donc très importante pour le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique, et cela va de soi pour le diagnostic de l'état des bronches et du poumon. Mais ce n'est pas tout, cette étude vous servira souvent au diagnostic de lésions trachéales, laryngées ou même nasales; j'ai déjà montré le parti qu'on en peut tirer pour reconnaître la présence des végétations adénoïdes du pharynx nasal. Voici deux exemples qui vous montreront que les laryngopathies sont également tributaires d'une auscultation attentive.

Dernièrement, j'étais appelé près d'un enfant qui avait subi la trachéotomie. Les choses marchaient bien, quand, subitement, la température s'éleva. Le confrère qui soignait l'enfant diagnostiqua une broncho-pneumonie. Je constatai chez le petit malade une sonorité normale de la poitrine et, à l'auscultation, le murmure physiologique me parut ample et moelleux. J'en conclus que, non seulement il n'y avait pas de broncho-pneumonie, mais qu'en outre la diphthérie laryngée était éteinte. La suite des événements donna raison à mon pronostic.

Je fus de même appelé par un collègue chez un enfant de 3 ans qui toussait, avec toux croupale, depuis vingt-quatre heures. La gorge était saine. Le murmure vésiculaire, qui eût été certainement modifié par des fausses membranes, était doux, ample et souple. On ne pouvait donc avoir qu'une laryngite striduleuse et je portai un pronostic favorable, que confirma la guérison rapide de l'enfant.

Il faut donc étudier le murmure vésiculaire avec soin, ce qui n'est pas toujours facile à cause des bruits adventices qui en gênent la perception. Je reconnais qu'il faut pour cela une oreille exercée à ces difficultés; chose que l'on néglige volontiers aujourd'hui.

Revenons à notre petit malade. Cet enfant a de l'albumine dans les urines. Je ne dis pas encore qu'il ait une néphrite, car les tuberculeux ont assez souvent de l'albumine.

Plusieurs cas peuvent, en effet, se présenter. Il peut y avoir de l'albumine avec des reins normaux ou avec des reins congestionnés, ou encore avec des reins atteints de néphrite parenchymateuse ou interstitielle. Or, dans la moitié des cas d'albuminurie chez les tuberculeux, les reins sont sains; 30 fois sur 100, on constate de la néphrite tuberculeuse, 10 fois sur 100 de la néphrite interstitielle et 10 fois sur 100 de la simple congestion rénale. Tels sont approximativement les résultats des statistiques récentes.

On ne peut donc pas affirmer que notre malade ait une néphrite. Cependant, elle paraît probable pour les raisons suivantes : L'albumine est permanente, les urines présentent les caractères ordinaires de la néphrite parenchymateuse ; c'est un cachectique avancé; enfin, il a une tuberculose cutanée, une tuberculose pulmonaire, une tuberculose des ganglions centraux et périphériques et une tuberculose du foie probablement, ce qui prouve que tous les organes sont atteints et qu'il n'y a aucune raison pour que les reins soient exceptés.

Il est donc logique de conclure ici à une néphrite parenchymateuse descendante d'origine tuberculeuse, descendante parce que la maladie n'a pas débuté par la vessie ou la prostate pour remonter vers les reins, mais qu'elle s'est produite sur place par infection du rein par le sang.

Il y a eu accumulation de bacilles, formation de granulations tuberculeuses qui se sont réunies pour constituer les granulations composées ou des tubercules isolés ou agglomérés. Voilà du moins ce qui est probable, mais il ne serait pas impossible que cet enfant eût une simple néphrite, sans tubercules, néphrite mixte, épithéliale et interstitielle en même temps.

Ces faits de néphrite, en conséquence d'une tuberculose, mais où le bacille lui-même n'est pour rien dans la lésion, peuvent être rapprochés de ce qui se passe chez les lapins vaccinés contre la tuberculose. Cette vaccination, dans mon laboratoire, consiste à augmenter constamment la virulence des injections. L'animal résiste ainsi très bien, tandis qu'une dose infiniment plus faible l'eût tué s'il n'eût été vacciné. Ce même lapin, qui résiste à toutes les inoculations, qui engraisse même, présente quelquefois des lésions

rénales très accentuées, des reins très volumineux, deux ou trois fois plus gros que le rein normal, le gros rein blanc de la néphrite parenchymateuse.

D'autres fois, c'est le petit rein contracté de la néphrite interstitielle. On peut, du reste, avoir ainsi toutes les transitions, depuis le gros rein jusqu'au petit, et, dans ce dernier cas, le cœur est hypertrophié, comme il était facile du reste de le prévoir. Et, cependant, chez les lapins, aucun organe ne contient de tubercules, les reins mêmes sont indemnes; de sorte qu'on peut supposer qu'en même temps que l'immunité tuberculeuse, ils ont reçu une néphrite par toxémie.

Ces faits rapprochés de ceux que nous avons sous les yeux nous font comprendre comment cet enfant a su résister si longtemps à ses lésions tuberculeuses par la progression croissante de sa maladie, sorte de vaccination. Sa tuberculose, de superficielle, est devenue progressivement plus grave, et, en même temps, les toxines ont abouti à la néphrite. La chose est possible tout au moins, et, pour cela, je n'ose affirmer l'existence de la néphrite tuberculeuse.

Comme conclusions, nous pouvons dire que, plus une tuberculose est longue, plus elle est bénigne, plus l'organisme sait résister aux bacilles, et vous en trouverez journellement des exemples.

BIBLIOTHÈQUE

Le traitement de la tuberculose d'après l'état actuel de la science, par J. Gordon. Paris, G. Masson, 1891.

Après une courte introduction consacrée à un résumé rapide de nos connaissances sur la phthisie de l'homme et des animaux, l'auteur étudie successivement l'action, sur la tuberculose pulmonaire, des voyages en mer, du séjour dans les stations d'altitude, les stations de plaine et les stations maritimes, puis le traitement par les eaux minérales et enfin le traitement hospitalier. Dans ce dernier chapitre, M. Gordon expose l'installation des principaux *sanatoria* et donne le relevé des résultats qui y ont été obtenus. Malades et médecins trouveront dans cet ouvrage d'utiles indications qui pourront leur servir de guide dans le choix souvent difficile d'uue station pour un phthisique.

P. Ch.

Les maladies de l'esprit, par M. le docteur P. Max Simon. Paris, J.-B. Baillière, 1892.

L'auteur a mis à profit, dans ce livre, ses travaux personnels et une expérience déjà longue. On y trouvera des recherches sur la nature de l'hallucination, une conception nouvelle de ce phénomène basée sur des faits physiologiques. Le chapitre concernant la génération et l'évolution des délires contient également des vues neuves et qui s'appuyent sur de consciencieuses observations. Pour M. Max Simon, certaines formes de délire ne sont que des actes délirants se rattachant à des idées erronées qu'une recherche attentive permet souvent de découvrir. Au lieu d'adopter les divisions habituelles des ouvrages didactiques, l'auteur a étudié successivement les altérations que l'on constate dans l'être psychique frappé par la maladie. Les causes des aliénations ont été longuement examinées, et, dans un dernier chapitre, on trouvera le traitement de la folie.

P. Ch.

REVUE DES JOURNAUX

Angine érysipélateuse primaire par streptococcus, par le docteur Barnabit. (*Revue de laryngologie*, 1891.) — Chez 19 individus, parents, l'auteur a observé 12 cas d'angine avec ces symptômes communs : douleur à la gorge, fièvre à 39, 40 degrés trois jours, qui cessait avec de la sudorification. A la gorge, au premier jour, on remarquait

de la rougeur et de la tuméfaction des amygdales et de l'isthme. Dans les cryptes tonsillaires, il se manifestait promptement un exsudat comme de petits points blancs.

L'auteur a pratiqué des inoculations avec l'exsudat dans le bouillon et la gélatine, et il a obtenu toujours une culture presque pure de streptococcus, diagnostiqué par lui comme streptococcus de l'érysipèle. — P. N.

Alcoolisme chronique et dipsomanie; emploi de la strychnine en injections sous-cutanées. (*Le scalpel*, 1891.) — M. le docteur V.-N. Ergolsky a traité par des injections sous-cutanées d'azotate de strychnine (à la dose de 0 gr. 001 - 0 gr. 003) 10 cas d'alcoolisme chronique et de dipsomanie. Dans la plupart des cas, les malades ressentent du dégûot pour le vin dès les premières 4-6 injections. Cette aversion pour les iquides spiritueux persiste plus ou moins longtemps; quelques-uns ne se sont pas remis à boire, même un an, un an et demi après la cessation du traitement. Il n'échoua complètement que dans un cas où le malade s'efforça à boire et ne se soumit au traitement qu'à contre cœur. Dans le cas de récidive, on peut avoir recours au traitement; il n'y a pas d'accoutumance et la guérison survient aussi rapidement que la première fois. Il est à remarquer que ce sont surtout les injections sous-cutanées qui agissent énergiquement; la raison en est sans doute dans le catarrhe chronique de la muqueuse gastro-intestinale qui rend difficile l'absorption du médicament administré par la bouche. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 novembre 1891. — Présidence de M. Leudet.

Le procès-verbal est lu et adopté.

La Société reçoit les journaux et revues; de l'administration de l'Assistance publique, le Rapport sur le service des enfants assistés de la Seine, et le Rapport sur le service des enfants maltraités ou moralement abandonnés.

M. de Beauvais, retenu depuis bientôt trois semaines à la chambre par une pleuropneumonie infectieuse, écrit qu'il est entré en convalescence et que son premier devoir est de remercier ses collègues de l'intérêt confraternel qu'ils lui ont témoigné; il tient à exprimer publiquement toute sa gratitude à son excellent ami le docteur Perrin, qui lui a prodigué les soins les plus affectueux.

— M. Trousseau : J'ai l'honneur d'offrir à la Société un travail intitulé : *Le pétrole brut dans le traitement des conjonctivites*. On sait que les agents employés dans le traitement des conjonctivites (cuivre, argent) sont assez difficiles à manier et fort douloureux pour le patient. J'ai institué des expériences multiples dans l'espoir de leur trouver des succédanés qui en présentent les avantages sans en avoir les inconvénients. De toutes les substances essayées, une seule, le pétrole *brut*, m'a paru digne de mention. Elle est moins active que le cuivre et l'argent, mais possède néanmoins une action curatrice certaine, ce qui étonnera peu, quand on saura que, d'après les recherches faites par le docteur Dubief, dans le laboratoire des Quinze-Vingts, elle est douée d'un pouvoir antiseptique moyen. Le pétrole brut, qui est, en somme, un anticatarrhal remarquable, serait, à mon avis, susceptible d'autres applications. Il paraît bon modificateur des sécrétions muqueuses.

En ophthalmologie, il doit être appliqué en badigeonnages au pinceau sur la face muqueuse des paupières retournées. Ces badigeonnages peuvent être répétés deux et trois fois par jour. L'emploi du pétrole n'est nullement douloureux, nullement irritant pour les cornées, ne réclame aucune précaution spéciale.

Les produits dérivés du pétrole (produits raffinés) sont dénués d'action utile et plus irritants que le liquide brut.

Le pétrole du Caucase est préférable au pétrole d'Amérique.

M. Perrin : Comme M. Trousseau, il y a longtemps que j'ai acquis la preuve que l'huile de pétrole n'a pas les propriétés irritantes qu'*a priori* on serait tenté de lui supposer, même administrée à l'intérieur. C'est ainsi que, il y a près de quarante ans, j'ai été, le premier, je crois, à en conseiller l'usage en lavement contre l'oxyure vermiculaire, et, par la bouche, contre le tænia. J'avais été conduit à cet essai interne de l'huile de pétrole, dans les affections vermineuses, par la connaissance que j'avais de l'efficacité grande de cet hydro-carbure employé comme parasiticide par les vétérinaires et les horticulteurs. Je me rappelais, d'autre part, des tentatives non moins heureuses de son emploi externe dans le traitement de la gale, traitement qui avait été spécialement indiqué par un médecin belge dont je ne me rappelle pas le nom en ce moment. Ce mode de traitement, aussi simple qu'économique, devint même, en Belgique, à cette même époque, l'objet d'une circulaire officielle, invitant les médecins de l'armée belge à y recourir de préférence chez les scabieux.

Quant à l'usage, à l'intérieur, de l'huile de pétrole (l'huile même des lampes de nos ménagères), administrée, soit en lavement, soit par la bouche, je l'ai utilisée, maintes fois, dans le premier cas avec succès, contre les oxyures, émulsionnée avec 125 grammes d'eau ou simplement mélangée et agitée avec une même quantité d'huile d'olives. On fait précéder, bien entendu, ce quart de lavement d'un lavement ordinaire pour débarrasser préalablement l'intestin. Grâce à ce mode de traitement répété pendant quelques jours et repris, s'il y a lieu, et auquel on associe, au besoin, l'ingestion de un ou deux purgatifs d'huile de ricin, j'ai débarrassé complètement des malades, adultes et enfants, tourmentés depuis plusieurs années d'oxyures qui, jusque là, avaient résisté à toutes les autres médications usitées en pareil cas.

De là à essayer cette même huile de pétrole à l'intérieur dans le traitement des ascarides et du tænia, il n'y avait qu'un pas; ce que nous fîmes en faisant préparer des capsules par l'inventeur des sinapismes qui portent encore son nom : *Rigollot*, qui, à cette époque, était chef du laboratoire de la maison Ménier. Ces capsules, d'une contenance de 0,30 d'huile, ont, depuis, été introduites par je ne sais qui dans le commerce de la droguerie sous le nom moins incendiaire de *capsules d'huile de Gabian*. Je les ai administrées au nombre de 10 à 12 par jour, 3 ou 4 à la fois. Je n'ai jamais remarqué d'inconvénients, à cette dose, de ce mode d'emploi. Si on se rappelle que certains individus peuvent faire impunément, en guise de vieux cognac, usage de un ou deux petits verres à liqueur de pétrole, on peut admettre avec toute probabilité que l'usage de cet hydrocarbure pourrait être momentanément porté encore à de plus hautes doses, sans autre dommage pour le malade qu'une certaine ivresse analogue à celle que produisent d'autres hydrocarbures diffusibles, comme la benzine, par exemple.

Quoi qu'il en soit, nous avons hâte de dire, pour rester dans le vrai de notre communication, que nos essais relatifs à l'usage de nos capsules n'ont point été assez suivis par nous pour donner exactement la mesure de leur efficacité dans le tænia. Il y aurait donc lieu de reprendre d'une manière plus rigoureuse ce genre de médication, qui ne le cèderait probablement en rien à nos spécifiques bien connus, mais coûteux, si surtout dans la préparation des capsules la substance qui en forme l'enveloppe, au lieu de se désagréger dans l'estomac, était de nature à pouvoir arriver intacte dans l'intestin, siège d'élection de l'ascaride et du tænia.

— M. Reliquet fait passer sous les yeux de ses collègues des sondes en gomme avec enduit interne imperméable.

Jusqu'à MM. Eynard et Richefeu, dit M. Reliquet, la surface externe des sondes, celle qui est en rapport direct avec les parois de l'urèthre, était seule enduite de gomme et lisse. On cherchait surtout le glissement facile de l'instrument dans l'urèthre. Maintenant, on veut, en plus, que cette surface externe de la sonde soit en une matière aussi inaltérable que possible par les solutions antiseptiques en usage : sublimé, solution phéniquée forte, etc., etc., et par la chaleur. MM. Eynard et Richefeu y sont arrivés.

Ils ont fait un nouveau progrès. Ils ont enduit la surface interne de la sonde d'une couche d'une préparation inaltérable qui pénètre le tissu de la sonde faisant corps avec lui, et rend absolument lisse et imperméable la surface interne de la sonde.

Ainsi, plus de sonde dont le tissu s'imprègne de toutes les saletés possibles. Maintenant, le nettoyage facile et complet de la cavité de la sonde avec les solutions antiseptiques les plus énergiques est possible, puisque ces solutions pourront être très sûrement enlevées par des lavages avec de l'eau boriquée, ou même avec de l'eau bouillante.

C'est là un progrès considérable que j'ai tenu à signaler.

— M. Duroziez fait une communication sur le *rétrécissement mitral pur*. (Sera publiée.)

— M. Polaillon montre une *corne* développée sur l'occiput d'une femme de son service, âgée d'une cinquantaine d'années. Cette production cornée, très volumineuse, a pu être enlevée sans aucune difficulté.

— M. Dubuc présente quelques observations sur les difficultés de l'antisepsie des voies urinaires, quand on est obligé de faire des sondages fréquents.

M. Reliquet fait remarquer que, dans les paraplégies, et, en général, chaque fois que la moelle est atteinte, les suppurations des voies urinaires sont extrêmement faciles; aussi a-t-il beaucoup de répugnance à sonder les ataxiques.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

FORMULAIRE

Potion contre la fièvre typhoïde. — Jaccoud.

Extrait de quinquina	1 gr. 50 à	2 grammes.
Vin rouge	50	—
Vieux cognac	15 à 50	—
Teinture de cannelle	4	—
Sirop d'écorces d'oranges amères	15	—

F. s. a. une potion que l'on administre par cuillerées, dans la forme adynamique de la fièvre typhoïde. — N. G.

COURRIER

L'Académie de médecine tiendra sa séance annuelle le mardi 15 décembre 1891, à trois heures, sous la présidence de M. Tarnier.

— La séance publique annuelle de l'Académie des sciences aura lieu le lundi 21 décembre, à une heure, sous la présidence de M. Duchartre.

— M. Henri Roger a légué à l'Académie de médecine une rente de 500 francs, destinée à la fondation d'un prix quinquennal de 2,500 francs, qui sera distribué au meilleur ouvrage publié sur la médecine des enfants.

La législation des aliénés. — Une décision intéressante a été prise par la Commission qui étudie, à la Chambre, la réforme de la législation des aliénés. On sait que l'internement des aliénés peut être ordonné actuellement par une simple décision de l'autorité administrative. Il a été décidé, par la Commission, que l'internement ne pourrait désormais être ordonné que par la justice.

Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine. — *Strontiane et vins.* — Le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine a adopté les conclusions du rapport de M. Riche sur l'introduction de la strontiane dans les vins et les mélasses. On sait que les sels de strontiane sont employés par les viticulteurs du Midi pour opérer le déplâtrages de leurs vins. D'autre part, les procédés employés pour la précipitation du sucre dans les mélasses ont pour conséquence de faire apparaître une forte proportion de strontiane dans certaines mélasses employées pour la consommation de bouche et le sucrage du café.

Le Conseil d'hygiène, conformément à l'œuvre de M. Riche, s'est prononcé pour l'interdiction absolue de l'emploi des sels de strontiane dans les vins et les mélasses, à raison de leurs propriétés toxiques.

Les honoraires des expertises médicales. — Depuis deux ou trois ans, les médecins ont attiré l'attention sur l'insuffisance de l'indemnité qui leur est allouée dans les cas d'expertises.

Dans bien des cas, en effet, le médecin peut être appelé à dépenser plusieurs heures de son temps, à parcourir plusieurs kilomètres, à rédiger un rapport pour la modique somme de cent sous.

Il nous a paru intéressant de faire un rapprochement entre ces faits et le fait suivant qui vient de nous être communiqué. Les médecins ne sont pas en cause; il s'agit d'un professeur d'histoire naturelle, d'un ingénieur et d'un négociant nommés experts dans une affaire dont voici le résumé.

Un bâtiment venant de New-York apporte dans un port de France un certain nombre de boucauts (barils) de tabac, et l'on s'aperçoit que ce tabac a été envahi par les insectes qu'on connaît sous le nom de dermestes. Voilà une matière à procès entre le fournisseur et les concessionnaires, d'une part; le capitaine du navire, les assureurs et la Compagnie des Docks, d'autre part.

Nos experts sont nommés pour *vérifier* lesdits boucauts. Un rapport est fait, c'est une page intéressante d'histoire naturelle, un résumé substantiel de la vie des insectes précités. Le coût de ce rapport est de 3,079 fr. 05 c. Je ne dis rien des 3,079 francs, mais ce sont les 5 centimes qui me font rêver.

On a dû s'arracher ce rapport. On n'a pas tous les jours dans le commerce et les affaires l'occasion de lire des choses aussi instructives. Tant et si bien que la Compagnie des Docks, en lisant la description des mœurs des dermestes, prend peur, et, attaquant à son tour le fournisseur et les concessionnaires, elle demande qu'on nomme une Commission pour dire si le voisinage des boucauts envahis ne constitue pas un danger. Les *mêmes* experts sont nommés le lendemain du jour où le premier rapport est déposé. Un deuxième rapport est fait. Il raconte encore une fois le « cycle biologique » des insectes et donne la formule des liquides à employer pour les détruire.

Le coût de ce deuxième rapport est de 6,000 francs (six mille francs). J'ai oublié les centimes, mais il y en avait.

Voilà une « bonne affaire » qui aura rapporté au professeur d'histoire naturelle, à l'ingénieur et au négociant, 9,079 fr. 05 (neuf mille soixante-dix-neuf francs cinq centimes).

Et pendant ce temps-là, un médecin peut être requis (non pas *invité*) pour faire une autopsie; il est mis en présence d'un cadavre plus ou moins vert déjà, il plonge les bras jusqu'aux coudes dans une matière pétrie de tous les microbes connus et inconnus. Il risque sa vie sans en avoir l'air. Il aura un rapport à rédiger. Il aura à en répondre devant le tribunal et à essuyer les remarques aigres-douces de l'avocat. Tout cela pour 8 à 10 francs. (*Normandie médicale.*)

Nécrologie. — M. Barthez de Marmorières (C.-E.), médecin honoraire des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine depuis 1866, officier de la Légion d'honneur, est mort dimanche matin à Excideuil (Dordogne), à l'âge de 80 ans. Barthez était universellement connu par son Traité des maladies des enfants, fait en collaboration avec Rilliet.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction
Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.
Membres du Comité :
LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital de la Charité. — M. le Professeur DUPLAY.

Abcès aigus de la marge de l'anus.

Messieurs,

Les abcès de la marge de l'anus se présentent sous des allures cliniques assez différentes. Les uns ont une marche franchement aiguë; d'autres, au contraire, ont une évolution lente, sont chroniques; souvent, ces derniers dépendent d'une affection osseuse du bassin ou même sont des abcès par congestion provenant de la colonne vertébrale. Dans certains cas, l'abcès a une allure plus rapide, tout en n'étant pas franchement aigu; on a alors affaire à des foyers d'origine tuberculeuse qui sont, comme vous le savez, très fréquents dans la région.

Les abcès aigus, dont nous nous occuperons aujourd'hui, peuvent siéger à la marge de l'anus ou occuper l'espace pelvi-rectal supérieur. Les parties entre le rectum et le bassin sont, en effet, subdivisées en deux étages par le releveur de l'anus qui vient se perdre avec les fibres du sphincter et l'espace supérieur est occupé par le péritoine et du tissu cellulaire. Dans l'espace inférieur, il peut se développer plusieurs variétés d'abcès, et nous avons en ce moment, dans nos salles, trois malades qui nous permettent d'étudier les trois grandes formes de ces collections.

L'abcès peut être : 1° superficiel circonscrit; 2° superficiel non circonscrit; 3° profond. Ce dernier envahit toute la fosse ischio-rectale et, ou bien y débute d'emblée, ou bien provient de la propagation d'un abcès superficiel.

Le premier malade dont je veux vous parler est un homme de 45 ans, chauffeur, qui, depuis fort longtemps, a des hémorrhoïdes; ces dernières, au début, ont même provoqué des accidents aigus dus à la procidence. Deux jours avant son entrée à l'hôpital, cet homme commença à ressentir du prurit, de la gêne au côté gauche de l'anus, et il se développa en ce point une petite grosseur un peu allongée dans le sens des plis rayonnés qui devint rapidement chaude et douloureuse. Un point s'élevait au-dessus du reste de la tuméfaction et portait un poil. La petite tumeur était fluctuante, et il était évident que l'ouverture ne pouvait tarder, car c'est à peine si l'épiderme résistait encore. Cette ouverture se produisit spontanément le quatrième jour et le malade guérit rapidement. Le diagnostic, dans ce cas, n'offrait aucune difficulté.

Il faut remarquer que le malade était porteur d'hémorrhoïdes; ces dernières existent fréquemment en même temps que ces abcès qui peuvent

encore dépendre de l'irritation de la peau causée par la malpropreté ou par la sueur; souvent encore on peut rapprocher ces collections de celles qui se développent dans l'aisselle et qui sont causées par l'inflammation d'un follicule pilo-sébacé. Il est probable que, chez notre malade, la malpropreté professionnelle a joué un grand rôle dans le développement des accidents.

Le pronostic de cette variété d'abcès est bénin. Ici, la collection s'est ouverte spontanément; il vaut mieux intervenir quand on est appelé assez tôt. Très généralement, il n'y a pas de fistule consécutive; parfois, cependant, il reste une fistulette très petite, très superficielle, qui siège dans les plis rayonnés et est difficile à voir. Il n'y a jamais de fistule borgne interne.

Notre second cas se rapporte à une femme de 27 ans, couturière, qui est atteinte d'abcès superficiel non circonscrit. Cette malade a déjà eu, il y a un mois, un abcès du sein d'origine puerpérale; depuis douze ans, elle a des hémorrhoïdes procidentes, mais réductibles, et elle a déjà présenté des abcès de la marge de l'anus, l'un il y a dix-huit mois et l'autre il y a huit mois; l'ouverture d'un de ces abcès s'est faite spontanément; l'autre a été incisé.

La malade avait eu son retour de couches quatre jours avant son entrée à l'hôpital; à ce moment, elle avait senti une douleur à la marge de l'anus et s'était aperçu de l'existence d'une grosseur dans la région; cette grosseur avait à ce moment le volume d'une petite noisette. A l'examen, nous avons constaté l'existence d'une tuméfaction considérable du côté gauche de la région anale, tuméfaction se prolongeant sur le périnée; la fluctuation étant évidente. Au toucher rectal, il était facile de reconnaître que la tuméfaction ne se prolongeait pas dans le rectum au delà de 1 centimètre au-dessus de l'anus; cette constatation, et j'insiste sur ce point, était très importante pour le diagnostic.

L'abcès fut ouvert le lendemain, la malade étant anesthésiée; on fit l'incision dans la direction des plis rayonnés, et elle donna issue à une assez grande quantité de pus très fétide. En explorant la plaie, on constata que la muqueuse rectale n'était décollée que sur une étendue très minime; il aurait pu se faire une ouverture spontanée dans l'intestin et une fistule borgne interne. On tamponna la cavité avec la gaze iodoformée et la guérison fut facile.

Cette variété d'abcès de la marge peut reconnaître plusieurs causes. Dans certains cas, la collection est d'origine lymphangitique, et il faut se sonvenir que notre malade avait eu des accidents puerpéraux peu de temps avant la formation de l'abcès anal. D'autre part, on peut aussi incriminer les hémorrhoïdes et la constipation, d'autant plus que cette femme avait déjà souffert deux fois d'abcès marginaux.

La guérison de ces abcès est habituelle, mais la fistule leur succède assez fréquemment et est borgne interne ou complète; l'ouverture spontanée peut, en effet, se faire par la peau, par la muqueuse ou, à la fois, par les deux.

Comme traitement, il faut employer l'incision cutanée, que l'on fera au point le plus fluctuant.

Voici maintenant un exemple de la forme profonde des abcès de la marge. Une femme de 21 ans, domestique, eut, il y a quinze jours, une selle très difficile succédant à une constipation assez prolongée. Il se produisit, au moment de la défécation, une vive douleur qui reparut une

heure plus tard en même temps que toute la région se gonflait; il y eut même de la rétention d'urine.

A l'entrée, on trouva toute la région péri-anale tuméfiée et très douloureuse et très tendue. Il n'y avait que peu de rougeur, moins que chez nos malades précédents. Le toucher rectal ne put être pratiqué que sous le chloroforme et il permit de sentir une tuméfaction s'élevant très haut, ce qui modifie beaucoup la thérapeutique. La température était élevée et le thermomètre marquait 39°2. L'incision, faite du côté droit, permit la sortie d'une quantité considérable de pus fétide, et le doigt constata l'existence de trois prolongements de la cavité, l'un allant vers le périnée, l'autre vers la fosse ischio-rectale droite, et le troisième dans la fosse ischio-rectale du côté opposé en passant entre l'anus et le coccyx. Le doigt ne pouvait atteindre la limite supérieure du prolongement droit. Cette variété d'abcès profond a reçu le nom d'abcès en fer à cheval; il n'y avait pas de décollement du grand fessier.

Après une deuxième incision faite du côté gauche, une mèche iodoformée fut placée dans le trajet contournant le rectum et la guérison survint après une nouvelle rétention d'urine. Il est assez rare de constater chez les malades l'existence d'une bilatéralité aussi marquée que dans le cas que je viens de vous exposer, mais l'existence des prolongements est la règle.

Le diagnostic des abcès profonds doit d'abord être fait avec ceux d'origine tuberculeuse. Ces derniers, dont le mécanisme de production est encore fort mal connu, ont une marche plus lente, plus subaiguë. Dans les abcès superficiels non circonscrits, la marche est plus rapide, et surtout le prolongement le long du rectum s'élève beaucoup moins. L'abcès profond peut souvent dépendre des hémorrhoïdes ou succède à un véritable traumatisme fécal.

Il est très difficile de faire le diagnostic avec les abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur; le plus souvent, ce n'est que l'exploration faite après incision qui permet de reconnaître ces abcès.

Les fistules sont très fréquentes à la suite des abcès profonds. Il faut inciser largement, et de bonne heure. L'étendue de l'incision variera selon les cas. Si la muqueuse n'est pas perforée, si le décollement ne remonte pas trop haut, de simples mèches iodoformées suffiront pour amener la guérison. Dans le cas contraire, on devra faire d'emblée l'opération de la fistule, c'est à dire fendre largement le sphincter et la muqueuse rectale.

Lésions aortique et mitrale combinées. — Rétrécissement mitral et insuffisance aortique combinés.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 24 octobre 1891,

Par P. Duroziez.

L'auscultation sert dans les maladies du cœur, elle aide à la thérapeutique, sinon dans tous les cas, au moins dans un bon nombre dont nous ne cherchons pas à fixer le chiffre. On regrette de ne pas établir un diagnostic plus exact; il n'est peut-être pas indifférent qu'aucun orifice, qu'un seul, que deux, que trois soient touchés, et la façon dont ils sont touchés n'est pas indifférente. Nous nous contentons du diagnostic d'à peu près que nous sommes capable de faire, mais, quoi qu'on dise, on serait heureux

d'approcher un peu plus. Il n'est, du reste, pas un médecin qui pense que l'auscultation donne un diagnostic complet, pas plus dans les lésions du cœur que dans les lésions du poumon; dans les maladies de poitrine, que d'efforts ne fait-on pas pour fixer l'état local!

Les difficultés de l'auscultation font qu'on ne s'entend pas sur la fréquence des lésions combinées de l'orifice aortique et de l'orifice mitral. Dans l'insuffisance aortique, si du souffle est constaté à la pointe au premier temps, l'un le rapporte à la distension de l'anneau, l'autre à la lésion de la mitrale de même essence que la lésion des sigmoïdes; d'autres admettent que la lésion a pu s'étendre d'une des sigmoïdes à la mitrale; cela peut arriver, mais la mitrale a pu être touchée au même titre que la sigmoïde, surtout s'il y a une ou plusieurs attaques de rhumatisme dans les antécédents. Il faut, de plus, distinguer le souffle d'insuffisance mitrale du souffle de la tricuspide. Et puis les souffles péricardiques et les souffles chlorotiques.

Les bruits du deuxième temps prêtent à l'erreur. D'habitude, le bruit du deuxième temps du rétrécissement mitral gronde, roule, celui de l'insuffisance aortique souffle; mais le bruit du rétrécissement est parfois soufflant, et il est possible que le souffle d'insuffisance aortique prenne vers la pointe le timbre grondant. A chacun de nous, il appartient de juger. Le pouls nous donne des indications; s'il est vibrant, à forme d'insuffisance, nous tendons à rejeter le rétrécissement mitral; si, malgré un souffle éclatant d'insuffisance aortique, nous trouvons un pouls petit, nous tendons à accepter le rétrécissement mitral. La combinaison est fréquente. On la trouve de bonne heure; on la trouve tard.

Notre premier cas a 7 ans; notre dernier, 67.

Nous opérons sur 226 cas, la lésion n'est pas rare.

De 1 à 10 ans, nous trouvons 9 cas; — de 11 à 20, 51 cas; — de 21 à 30, 65 cas; — de 31 à 40, 44 cas; — de 41 à 50, 35 cas; — de 51 à 60, 21 cas.

De 1 à 20 ans, nous trouvons 60 cas; — de 21 à 40, 109 cas; de 41 à 60, 56 cas.

Sur 226 individus atteints de la double lésion, 3 seulement arrivent à 60 ans, — tandis que 60 atteignent 40 ans, — tandis que 105 atteignent 30 ans.

Après 27 ans, beaucoup d'individus manquent à l'appel, mais il reste encore des chances suffisantes d'existence pour ne pas porter un pronostic trop sombre.

Il importe que le pouls ne soit ni fréquent ni lent. On ne tient pas assez compte du chiffre du pouls. il n'est pas indifférent que le malade ait 72 ou 112 pulsations; il n'est pas bon que le pouls ne puisse pas être ramené au chiffre normal. Dans nos observations, le pouls bat souvent entre 72 et 84; 90 est un chiffre trop élevé et 120 devient menaçant quand il persiste. Nous parlons du pouls le malade étant couché et reposé.

Le rétrécissement mitral a le pouls plus lent que l'insuffisance aortique. Le rétrécissement aortique ressemble, sous ce rapport, au rétrécissement mitral. Nous trouvons, dans la combinaison du rétrécissement mitral et de l'insuffisance aortique, un pouls moyen. Le rétrécissement mitral obéit à la digitale, tant que les cavités droites ne sont pas dilatées, tant que la tricuspide est suffisante. Les cavités droites déterminent l'irrégularité, l'inégalité, la fréquence quand elles entrent en jeu; elles n'ont pas le

calme et la puissance des cavités gauches. Quand les cavités droites délirent, les cavités gauches sont tenues de délirer.

Le chiffre du pouls importe. La fréquence est due soit à l'état nerveux que nous trouvons dans le goître exophthalmique, soit à la fatigue des cavités droites, soit à l'inflammation. Au médecin, il appartient de reconnaître la cause et de diriger sa thérapeutique. Il faut compter le pouls et chercher à le ramener à son chiffre normal en le remontant s'il est trop bas, en le baissant s'il est trop haut. Le chiffre normal varie entre 60 et 84, autour de 72. Si le pouls est normal, il faut se garder d'y toucher et réserver l'emploi de la digitale pour les mauvais temps, ne pas en émousser l'effet par la prodigalité. Les doses légères sont les meilleures. Les doses fortes tétanisent le cœur dont on n'est plus maître. Le succès dure un jour; la réaction vient vite, dangereuse, et on a un résultat contraire de celui qu'on cherchait. Parfois, nous avons poussé au ralentissement; à quoi bon? Il nous faut flairer l'endocardite et la combattre comme on combat l'artério-sclérose albuminurique ou autre avec le lait et parfois des ventouses scarifiées ou une saignée dont on est moins prodigue que de la digitale, à tort. Les bruits chlorotiques sont rares dans les maladies du cœur. Les épistaxis viennent heureusement compenser notre parcimonie. Que de fois nous avons vu Bouillaud soulager avec une saignée modérée, que le malade supporte mieux qu'on ne croit; elle le fait respirer. Valsalva tirait le sang avec furie.

Nous voyons une fille de 14 ans dont le pouls reste à 120 depuis deux mois. Elle a le cœur gros, adhérent, de l'insuffisance avec rétrécissement de la mitrale, de la tricuspide, des sigmoïdes aortiques. Elle a le cachet strumeux. La mère est morte poitrinaire à 39 ans; un frère est mort de la poitrine à 21 ans, une sœur à 12 ans; un frère est poitrinaire depuis huit mois. Elle n'a jamais eu de rhumatisme articulaire. Elle est tuberculeuse, quoiqu'elle ne tousse pas. Elle a la grande lésion rhumatismale. Le rhumatisme et la scrofule se touchent de près. On nous dit que la digitale n'a rien donné de bon. Nous le croyons sans peine. Nous la traiterions comme une scrofuleuse sans l'espoir d'assouplir ses valvules. L'iodure de potassium trouverait ici sa place.

Chez un garçon de 15 ans, qui a eu des rhumatismes articulaires aigus, le pouls monte habituellement à 102. Il a le rétrécissement et l'insuffisance mitrale, l'insuffisance aortique, un peu de péricardite. Le pouls monte à 132, et le petit malade meurt. Encore ici la digitale n'est d'aucun secours.

Un garçon de 15 ans a l'insuffisance mitrale, le rétrécissement et l'insuffisance aortique, l'adhérence du péricarde. Nous lui donnons la digitale sous des formes et des doses variées. Qu'y gagnons-nous? Rien. Du pouls à 84 nous faisons, à la fin, un pouls à 90, 100. Nous avons pu, à l'aide de fortes doses, le faire tomber momentanément à 50, mais sans avantage. Il a fallu faire des saignées, appliquer des ventouses scarifiées, des vésicatoires. Le malade se trouvait mieux des petites doses et encore mieux de la suppression. Le pouls, de régulier, devenait irrégulier; les nausées, les crampes d'estomac, les vomissements, apparaissaient. Le malade n'a pas été tué; telle est la satisfaction que nous avons eue. Quand le pouls est régulier, ne le déréglons pas par la digitale; attendons qu'il se dérègle pour le régulariser par elle et soyons parcimonieux. Withering, de 10 gr., était arrivé à 10 centigr. Parfois c'est encore trop.

Une fille de 16 ans supporte mal la digitaline et la caféine. Le pouls ne descend pas au dessous de 90, montant à 108. Le bromure de potassium réussit à la calmer.

Nous ne pouvons faire passer la revue de toutes nos observations, dont chacune a son caractère. La clinique est l'école de la tolérance et de la patience. Ni jamais, ni toujours est sa devise.

REVUE DES CLINIQUES

Traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants, par M. Jules Simon (1). — Le hasard des entrées ayant amené en même temps, dans nos salles, quatre enfants atteints de fièvre typhoïde, je profiterai de ces exemples pour étudier avec vous le traitement de cette maladie chez les enfants.

Nos malades présentant des types différents, je pourrai vous montrer que le traitement varie un peu suivant les formes de la maladie. Cependant, et ce sera là la conclusion de cette leçon, le traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants est soumis à certaines règles générales que je résumerai sous une forme synthétique.

Voyons d'abord ce qui s'est produit chez nos malades et quelle ligne de traitement nous avons suivie chez chacun d'eux.

Le premier est un jeune garçon de 13 ans entré dans le service au quinzième jour de sa maladie. Jusqu'à son entrée, la fièvre typhoïde avait suivi une marche régulière, et il nous montrait une belle éruption de taches rosées. Remarquez à ce propos que, malgré l'opinion de certains auteurs, les taches rosées se montrent chez l'enfant avec la même régularité et la même confluence qne chez l'adulte. Jusqu'au vingtième jour, la maladie fut régulière; à ce moment, la température baissa beaucoup et il y eut une véritable crise urinaire (1,500 grammes en vingt-quatre heures); en un mot, le sujet semblait commencer sa convalescence. Le lendemain, vingt et unième jour, apparut une hémorrhagie intestinale que rien ne faisait prévoir.

L'hémorrhagie intestinale, au cours de la fièvre typhoïde, est rare chez l'enfant. Cela tient, je crois, à ce que, chez lui, les plaques de Peyer ne sont pas dures, infiltrées d'éléments lymphatiques serrés, et que, dès lors, il ne se produit pas d'eschares qui amènent l'hémorrhagie. Chez l'enfant, les plaques de Peyer sont seulement exulcérées.

Quoique rare, l'hémorrhagie intestinale peut se présenter dans deux conditions distinctes et avoir un pronostic bien différent. Dans certains cas, et c'est ce qui a eu lieu chez notre malade, l'hémorrhagie ne s'accompagne d'aucun phénomène grave; l'état général reste bon, l'hémorrhagie constitue alors une sorte de crise qui ne présente pas de gravité.

Tout autre est l'hémorrhagie qui survient quand l'état général reste menaçant; contrairement à ce qui se passe dans le cas précédent, la fréquence du pouls est marquée et la température s'élève; alors l'hémorrhagie est d'une gravité extrême et la mort survient bientôt; l'altération du sang est profonde, l'hémorrhagie est un phénomène terminal.

Chez notre malade, l'hémorrhagie se présentant dans des conditions favorables, j'ai appliqué le traitement suivant : glace sur le ventre; deux lavements laudanisés, contenant quatre à cinq gouttes de laudanum, dans les vingt-quatre heures; limonade sulfurique comme boisson; potion contenant 1 gramme de perchlorure de fer. J'ai, de plus, prescrit l'immobilité aussi complète que possible, et, comme alimentation, uniquement du bouillon glacé.

Comme je pouvais l'espérer, les résultats de ce traitement ont été excellents, la convalescence de notre malade n'a pas été entravée, et aujourd'hui, au vingt-huitième jour, il est dans un état aussi satisfaisant que possible. L'écoulement de sang a cessé depuis

(1) Résumé d'après le *Bulletin médical*.

trois jours et on peut commencer à l'alimenter. Il faudra continuer l'usage du perchlorure de fer pendant la convalescence.

Je voulais, à propos de ce malade, insister surtout sur ce fait qu'en présence d'une hémorrhagie, accompagnée de symptômes favorables, il ne faut pas désespérer.

Le second malade dont je veux vous entretenir nous a présenté un type de fièvre typhoïde abortive, dans laquelle les symptômes cessent vers le quinzième jour, bien que la maladie reste en puissance, prête à produire des accidents graves. C'est un enfant de 9 ans, entré dans le service au huitième jour de la maladie avec tous les phénomènes classiques d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité. Pour lui, comme pour la plupart des enfants, nous ne savons rien des prodromes, et cependant la période prodromique ne manque jamais chez l'enfant.

Cette période prodromique de la dothiénentérie, que nous n'observons jamais à l'hôpital, sera un des ennuis les plus fréquents de notre pratique privée. Chez l'enfant, en effet, la période prodromique de la fièvre typhoïde se caractérise par des troubles variés, en général de faible intensité : les enfants sont grognons, ils accusent un peu de céphalée, revenant irrégulièrement à une ou deux reprises dans la journée; ils ont un léger mouvement fébrile pendant quelques heures, un appétit capricieux. Il est aisé de comprendre combien ces signes peuvent induire en erreur. Vous penserez assurément au début d'une fièvre typhoïde, et vous devrez en avertir les parents, mais aussi vous pourrez vous trouver en présence d'une simple affection catarrhale, et tous vos doutes ne disparaîtront que quand se montreront les symptômes plus spéciaux de la dothiénentérie. Alors, encore, il faudra songer à la fièvre typhoïde abortive, surtout si l'aspect général du malade n'est pas en rapport avec les autres symptômes, avec l'élévation de la température en particulier; si l'état général est bon, la température fût-elle élevée, la forme abortive est probable.

A ce propos, je vous rappellerai que, chez l'enfant, la température monte facilement; quelquefois vous pouvez constater 40° à propos d'une simple émotion ; il ne faut donc pas conclure, au cours d'une fièvre typhoïde chez l'enfant, uniquement d'après ce symptôme. La température est, en effet, restée le soir de plusieurs jours à 40°, et, cependant, la convalescence s'établit très normalement; mais, en même temps, le pouls, dont il faut tenir grand compte, restait à 90, et les autres symptômes avaient disparu.

Notre troisième malade a présenté un autre type de fièvre typhoïde; non seulement chez lui la maladie présentait tous ses caractères classiques, mais, de plus, il avait des symptômes ataxo-adynamiques très accusés.

En présence de ces symptômes nerveux, j'ai cru devoir le traiter par la balnéation. Les résultats de cette thérapeutique ont été très favorables. Je ne veux pas insister, en ce moment, sur l'emploi des bains, j'aurai à y revenir en formulant le traitement en général. L'enfant est, aujourd'hui, en très bon état, et la convalescence s'établit.

Enfin, notre quatrième malade a eu une fièvre typhoïde des plus régulières, sans complications, sans anomalie. Il pourra vous servir de type, et vous vous rappellerez que le traitement que j'ai employé chez lui est celui que je vais résumer et que je prescris invariablement dans la dothiénentérie régulière des enfants.

En première ligne se place l'hygiène du typhique; dès que le diagnostic est fait, il faut, autant que possible, faire changer le malade de chambre et de lit matin et soir. En même temps, je prescris des lotions, faites, matin et soir, sur tout le corps, avec de l'eau à 30°, aromatisée (thymol, eau de Cologne), mais, pour peu que la température s'élève et atteigne 40°, je fais répéter les lotions plus fréquemment. Ces lotions doivent être faites rapidement, à l'aide d'une éponge, d'abord sur la partie antérieure du corps, ensuite sur la partie postérieure; aussitôt après, on enveloppe l'enfant dans une couverture, afin d'obtenir une réaction légère.

J'emploie ce traitement des lotions plus fréquentes avec la température toutes les fois que l'hyperthermie ne s'accompagne pas d'un phénomène d'intoxication profonde, quand le système nerveux n'est pas gravement atteint; dans le cas contraire, quand les phénomènes d'ataxo-adynamie accompagnent l'élévation de la température, j'ai recours aux bains généraux, froids, ou mieux, tempérés.

Je ne veux pas, aujourd'hui, étudier à un point de vue général la question de l'emploi des bains froids dans la fièvre typhoïde, et surtout je ne veux pas discuter ce qui se passe chez l'adulte; je me bornerai à vous exposer ma manière de faire chez l'enfant et les résultats qu'elle me donne. Si donc, chez un enfant, on observe, en même temps qu'une température élevée, des phénomènes ataxo-adynamiques, il faut prescrire des bains, d'abord à 35° et d'une durée d'un quart d'heure, puis, progressivement, abaisser la température des bains jusqu'à 25°. Les bains sont renouvelés, en principe, toutes les trois heures, mais cette règle n'a rien d'absolu, et, d'une manière générale, on se laisse guider par la marche de la température et on renouvelle plus ou moins souvent le bain, suivant que l'hyperthermie se reproduit plus ou moins vite.

Cette pratique m'a donné, en général, de bons résultats, et vous en avez vous-même observé un exemple chez le troisième des petits malades dont je vous parlais tout à l'heure. Donc, pour conclure, chez l'enfant, vous prescrirez les bains froids toutes les fois que vous constaterez des phénomènes ataxo-adynamiques, mais vous pourrez vous en abstenir quand l'hypothermie restera à l'état isolé; rappelez-vous encore une fois que l'élévation de la température, quand elle existe seule, a peu d'importance chez l'enfant.

A cette thérapeutique, — ceci encore chez tous les malades, — vous ajouterez l'usage d'un lavement matin et soir; si les selles sont fétides, vous prescrirez un lavement avec l'eau boriquée ou légèrement aromatisée.

Comme boisson, de la limonade ou de l'orangeade; comme alimentation, pendant toute la période fébrile, exclusivement du bouillon. Vous êtes étonnés de ne pas m'entendre parler du lait; la raison en est que, pour moi, le lait ne doit pas être employé à tout propos dans la fièvre typhoïde de l'enfant; excepté dans quelques cas, il est mal digéré, son administration s'accompagne d'une légère exacerbation de la fièvre; aussi, je préfère le réserver pour la convalescence. A une période avancée de la maladie, je prescris l'eau rougie et une potion avec le rhum, l'eau-de-vie ou du malaga.

Telle est l'hygiène que j'applique à l'enfant typhique; mais le traitement médicamenteux a également une importance réelle. Si le petit malade est agité, je prescris la potion suivante à prendre, par cuillerées à dessert régulièrement espacées, dans les vingt-quatre heures :

Hydrate de chloral....................	0 gr. 50 centigr.
Teinture de musc.....................	XX gouttes.
Eau de tilleul..........................	80 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger..............	20 —

Je préfère le chloral au bromure, parce que ce dernier sel trouble plus les fonctions digestives.

Si l'enfant se plaint de céphalée, je lui fais prendre une petite dose de sirop de codéine; mais, sachez-le bien, c'est là la seule préparation opiacée que vous devriez employer dans la fièvre typhoïde de l'enfant. L'extrait de quinquina, qu'on prescrit si souvent dans la fièvre typhoïde de l'adulte, ne doit pas être administré chez l'enfant. J'ai remarqué souvent, en effet, que l'extrait de quinquina trouble, chez lui, les fonctions digestives et provoque une diminution de l'appétit pour les aliments que nous pouvons prescrire.

A partir du quinzième jour, je prescris le perchlorure de fer de la manière suivante; d'abord une goutte toutes les deux heures, puis deux gouttes au bout de deux ou trois jours. Ces gouttes doivent être administrées dans un peu d'eau, sucrée ou non, après les premières gorgées de bouillon, puis, quand elles ont été prises, le malade achève la tasse de bouillon. Le perchlorure de fer est un médicament d'une grande valeur dans la fièvre typhoïde de l'enfant, il m'a rendu les plus grands services dans beaucoup de cas. Non seulement il agit comme tonique, mais encore il semble faciliter la digestion des aliments et, à ce titre, il doit être continué pendant la convalescence. Prescrivez-le, vous vous en trouverez bien.

Je ne vous ai encore rien dit du sulfate de quinine; dans tous les cas de fièvre typhoïde de l'enfant, vous devez, dès le début, prescrire le sulfate de quinine; vous en continuerez l'usage pendant tout le cours de la maladie et vous ne le supprimerez qu'après la défer-

vescence définitive. Les doses varieront avec l'âge des malades et les phénomènes physiologiques provoqués par le médicament.

BIBLIOTHÈQUE

Précis de botanique médicale, par M. L. Trabut. — Masson, 1891.

Nous sommes heureux de signaler l'apparition de cet ouvrage qui sera surtout fort utile aux étudiants, par suite de la grande place qui est faite à l'étude des familles. Pour chacune d'elles, l'auteur donne une clé des genres qui peut fournir de précieux renseignements pour l'examen des plantes recueillies dans les herborisations. De très nombreuses figures (830) enrichissent l'ouvrage et en facilitent la lecture.

Nous regretterons seulement que M. Trabut ait placé à la fin de son livre les pages consacrées à l'anatomie et à la physiologie végétales, dont l'étude est le début indispensable de celle des familles. Les divisions en cohortes : Solanales, Apocynales, Labiales, etc., rapprochent, il est vrai, des familles naturelles, mais ne courent guère de chances de succès auprès des professeurs parisiens. D'autre part, les Coccidies ne sont-elles pas des animaux? Mais ce sont là des critiques de détail, et l'ouvrage de M. Trabut sera certainement accueilli avec le succès qu'il mérite. — P. Ch.

Précis de zoologie médicale, par le docteur G. Carlet. — Paris, G. Masson, 1892.

L'auteur a profondément remanié la dernière édition de son livre et en a fait, par l'abondance des renseignements qu'on y trouve, un véritable traité parfaitement au courant des découvertes les plus récentes. L'anatomie générale y est exposée de manière à donner à l'étudiant des connaissances histologiques très suffisantes pour le début de ses études ; la partie physiologique, naturellement très résumée, convient parfaitement pour le début des études médicales. Un grand développement a été donné à l'étude de l'organisation générale des différents embranchements et nous en félicitons l'auteur, car cette partie est généralement écourtée dans les ouvrages analogues. — P. Ch.

REVUE DES JOURNAUX

Pental comme anesthésique. (*Nouveaux remèdes.*) — L'amylène ou pental (triméthylène)

$$C^5 H^{10} = \begin{matrix} C H_3 \\ C H_3 \end{matrix} > C = C H - C H_3$$

obtenu de l'hydrate d'amylène chauffé avec des acides, est un liquide incolore, insoluble dans l'eau, miscible en toutes proportions à l'alcool, au chloroforme et à l'éther; il prend feu aussi facilement que l'éther; aussi faut-il se garder d'en approcher une flamme. Il est très volatil. Son poids spécifique est peu élevé (16 centimètres cubes pèsent 10 grammes environ); son poids d'ébullition est à 98°. Il brûle avec une flamme éclairante. Inhalé, il n'irrite pas la muqueuse de la bouche et des voies respiratoires.

Hollænder (*Ther. Monatsh.*, octobre 1891, p. 509-512) s'est servi du pental comme anesthésique dans la chirurgie dentaire. Comme masque, il emploie l'appareil de *Junker* modifié : 10-12 centimètres cubes de pental suffisent pour produire la narcose qui survient après 40-45 secondes. La circulation et la respiration ne sont pas modifiées par le pental. Pas de phénomènes d'excitation ; parfois seulement des accès de rire. La sensibilité disparaît la première ; très souvent le malade reste conscient et fait tout ce qui lui est ordonné par le chirurgien. Pas de phénomènes secondaires fâcheux d'aucune sorte. Le réveil survient progressivement et petit à petit, et non brusquement comme après l'administration du bromure d'éthyle.

En résumé, le pental est un anesthésique sûr, dépourvu de tout danger. S'il est vrai que l'anesthésie survient plus lentement qu'avec l'éther bromhydrique, en revanche elle

dure plus longtemps, et l'on n'observe pas d'accoutumance; au contraire, les sujets qu'on endort pour la deuxième fois, semblent devenus plus sensibles à l'action narcotique du pental. Ses seuls inconvénients sont l'odeur désagréable (rappelant celle de l'huile de moutarde) et son prix assez élevé (le kilogramme vaut 30 francs environ); mais, grâce à l'appareil de *Junker* modifié, le pental n'incommode presque plus les malades par l'odeur qu'il répand et, de plus, 1 kilogramme suffit pour 50-52 opérations dentaires. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 décembre 1891. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : Traitement des varices et des ulcères variqueux.

M. Félizet, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, fait remarquer que le traitement préconisé par M. Cerné ne peut s'appliquer à tous les cas. Il faut surtout intervenir quand la maladie est ancienne, rebelle, et qu'il est indiqué d'abaisser la tension vasculaire. L'opération qu'avait indiquée Dolbeau est alors très utile. On fait une incision circulaire autour de l'ulcère, en se tenant à 2 centimètres à peu près en dehors de l'ulcère et on pénètre jusqu'aux grosses veines sous-cutanées. L'hémorrhagie est facilement arrêtée par la compression. Cette opération libère les bords de l'ulcère qui s'affaissent rapidement et bourgeonnent, supprime la tension vasculaire dans les veines et ne laisse à l'ulcère, pour vivre, que la circulation profonde. Quelquefois, il se produit une résorption de la périostite chronique des os de la jambe, et les paquets veineux du voisinage peuvent s'affaisser sans que l'on y touche.

Pas plus que celle de M. Cerné, cette méthode ne convient à tous les cas.

M. Reynier a fait plusieurs fois la ligature et la résection de paquets variqueux sur la saphène interne; tantôt les malades avaient des ulcères, tantôt les varices existaient seules. Le plus souvent, cette opération est suivie, au bout d'un certain temps, d'un assez grand soulagement. La marche et le travail deviennent possibles.

M. Lucas-Championnière traite depuis longtemps les varices par la ligature des veines. Un de ses malades, à la suite d'une opération de ce genre, a été guéri d'un ulcère pendant dix ans, mais ensuite l'ulcération s'est reproduite et il a dû de nouveau intervenir de la même manière, du reste avec succès.

M. Schwartz a revu un des malades dont il a parlé dans la dernière séance. Il est notablement amélioré.

M. Félizet fait remarquer que le traitement chirurgical ne peut guère à lui seul guérir radicalement les malades, car il y a un élément général, constitutionnel, dans l'étiologie des ulcères variqueux. Un grand nombre des malades sont des alcooliques ou des arthritiques.

M. Quénu admet aussi le rôle de l'alcoolisme et de l'arthritisme, mais il fait remarquer que les varices et les ulcères sont presque exclusifs aux classes pauvres. L'alcoolisme existe dans les deux sexes et l'ulcère est cependant beaucoup plus rare chez la femme. Certains ulcères succèdent à l'ecthyma, ont la plus grande tendance à récidiver, et on ne doit pas les traiter par l'opération de M. Cerné. La ligature est, au contraire, utile contre les ulcères uniques ou peu nombreux; la récidive n'est, du reste, pas fatale.

M. Kirmisson insiste sur le rôle pathogénique de l'arthritisme et de l'alcoolisme. Par contre, il ne croit pas que les lésions nerveuses soient fréquentes, car ce n'est que rarement qu'il a rencontré des altérations de la sensibilité. La syphilis héréditaire a une influence pathogénique incontestable.

M. Verneuil a depuis longtemps montré que l'alcoolisme et l'arthritisme, isolés ou associés, avaient une grande influence sur le développement des ulcères variqueux. Les varices sont aussi héréditaires. Chez les cardiaques, ce genre d'accidents est aussi très difficile à guérir.

M. Berger fait remarquer qu'il faut bien se garder de confondre les différentes variétés d'ulcères de jambe. Les vieux ulcères variqueux vrais sont souvent guéris par l'opération de M. Cerné ou par l'incision circonférentielle; par contre, il faut diriger des traitements spéciaux contre les ulcères syphilitiques, ceux qui succèdent à l'ecthyma, etc.

M. Quénu pense que l'influence des lésions nerveuses est incontestable dans la pathogénie des ulcères variqueux; l'absence des troubles de la sensibilité ne prouve pas l'absence de lésions. Ce qu'on observe, surtout, ce sont des paralysies vaso-motrice avec œdème considérable. Les nerfs très éloignés de l'ulcère peuvent être atteints.

M. Lucas-Championnière insiste sur ce point que, quelle que soit la pathogénie de l'ulcère, la ligature des veines donne des guérisons temporaires de longue durée.

M. Reynier admet l'action du système nerveux; mais ce dernier n'entre en jeu que lorsqu'il a subi l'influence de l'alcoolisme et de l'arthritisme.

M. Moty a vu beaucoup de cas de varices et d'ulcères variqueux chez des ouvriers des fabriques du Nord travaillant continuellement debout. Lorsque la guérison est lente, c'est que le système nerveux est altéré.

A Bicêtre, M. Terrier a trouvé, chez les malades atteints d'ulcères, des névrites remontant très haut. Il est très probable que des lésions aussi étendues ne se voient que lorsque la maladie est ancienne, mais il faudrait les rechercher avec soin.

Tandis que M. Kirmisson pense que les altératio s nerveuses sont consécutives, M. Quénu soutient, au contraire, qu'elles peuvent être antérieures à la production des ulcères.

— M. Berger présente une enfant à laquelle il a refait le menton et la lèvre inférieure par une autoplastie suivant la méthode italienne.

— M. Richelot montre un utérus dont il a fait l'ablation par la voie vaginale pour un cancer très limité du col. A l'examen histologique, on a trouvé des cellules cancéreuses jusque dans le fond de la cavité utérine. Une ablation partielle aurait donc été fatalement suivie de récidive rapide.

FORMULAIRE

Lotion contre l'acné. — Fournier.

Alcool camphré........................	40 grammes.
Soufre sublimé et lavé.................	15 —
Eau distillée..........................	300 —

Mêlez. — Lotion le soir, sans essuyer, pour combattre l'acné de gravité moyenne. — Dans les formes rebelles, badigeonnage à l'huile de cade, applications de goudron ou d'emplâtre de Vigo, ou plus simplement onctions avec le savon noir. — Ces dernières onctions sont pratiquées tous les soirs, pendant cinq jours au plus. On laisse le savon sur la peau jusqu'au matin, puis on l'enlève avec de l'eau chaude. Il se produit, dans ce cas, une dermite substitutive, que l'on combat à l'aide des émollients. — On alterne de cette manière, pendant cinq ou six semaines, les onctions irritantes et les émollients.

N. G.

COURRIER

Le concours d'agrégation (médecine) qui devait s'ouvrir le 15 décembre, est reculé au 14 janvier.

Concours de la médaille d'or (médecine). — Le concours de la médaille d'or s'est terminé par les nominations suivantes :

Médaille d'or : M. Thiroloix; médaille d'argent, M. Achalme; mention honorable, M. Pilliet

— Une médaille d'argent de deuxième classe a été décernée à M. le docteur Leloir (de Lille) pour acte de courage et de dévouement.

L'importation des viandes américaines. — La loi fixant les nouveaux droits de douane sur les viandes de porc salées ayant été promulguée, le gouvernement vient de prendre un décret abrogeant ceux du 18 février 1881 et du 28 décembre 1882, en vertu desquels l'importation en France des viandes de porc salées originaires des Etats-Unis d'Amérique était interdite.

Aux termes de ce décret, les viandes de porc salées originaires des Etats-Unis d'Amérique pourront être importées en France par les ports de Dunkerque, du Havre, de Bordeaux et de Marseille.

Avant tout déchargement de la marchandise, les importateurs devront produire pour chaque expédition un certificat délivré par l'inspecteur du département de l'agriculture, lpréposé par le gouvernement des Etats-Unis à la surveillance de l'établissement dans equel les animaux ont été abattus et où leurs viandes ont été préparées, constatant que lesdites viandes proviennent d'animaux sains, en parfait état de santé, et sont propres à la consommation.

Les caisses contenant ces viandes devront porter le timbre de l'inspecteur officiel qui a procédé à l'examen sanitaire desdites viandes.

L'entrée sur le territoire de la République sera refusée à tout chargement qui ne remplira pas les conditions indiquées ci-dessus.

Après leur déchargement, ces viandes seront soumises à des inspecteurs sanitaires désignés par le ministre de l'agriculture et chargés de s'assurer de leur état de salubrité et de leur salaison complète.

Toute viande reconnue impropre à la consommation sera détruite en présence de ces inspecteurs sanitaires.

Le service des douanes n'accordera la libre entrée sur le territoire que sur le vu du certificat des inspecteurs prévus et constatant que les viandes ont été reconnues saines et propres à la consommation publique.

Les dépenses du service d'inspection seront aux frais des importateurs, d'après une taxe fixée par un décret rendu sur la proposition du ministre de l'agriculture, après avis du comité consultatif des épizooties.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Hôpital Necker. — M. le docteur RENDU.

La grippe et ses formes cliniques.

Messieurs,

Il est probable que nous assistons au début d'une nouvelle épidémie de grippe. Du moins, plusieurs malades atteints de cette affection sont-ils entrés lundi dans nos salles.

Un de ceux dont je veux vous parler est un garçon charbonnier, âgé de 20 ans, qui est entré le 7 décembre à la salle Chauffard. Il se sentait fatigué depuis quelques jours, lorsque, samedi dernier, il fut pris de frissonnements qui durèrent jusqu'au dimanche. En même temps, il avait une céphalée intense, sans bourdonnements d'oreilles, ni vomissements, ni points de côté, et la fièvre était notable. Il crut devoir prendre un purgatif, et entra à l'hôpital avec des vomissements et de la diarrhée, qui dépendaient de cette médication. En effet, la diarrhée est rare parmi les symptômes de la grippe.

Le mardi, notre malade avait un aspect typhoïde et était plongé dans la stupeur ; la température était de 39°6, la langue sale, sèche et collante, et il y avait de la diarrhée sans ballonnement du ventre ni douleur iliaque. Mais on pouvait facilement constater l'augmentation de volume de la rate, mais la courbature était générale et la douleur des membres très vive. A l'examen de la cavité thoracique, on ne trouvait, comme signes physiques, que quelques râles sibilants aux deux bases, non perçus, du reste, par le malade ; le murmure vésiculaire était diminué. La respiration était facile ; il n'y avait ni point de côté, ni toux, ni expectorations.

Le 9 décembre, malgré l'emploi du drap mouillé qui avait provoqué une sudation artificielle, malgré l'usage de la quinine et de l'antipyrine, l'état général était toujours mauvais, et le thermomètre montait à 40°4. En même temps, on constatait des râles très abondants dans la poitrine. Ce matin, le malade est beaucoup mieux, il a une apparence beaucoup moins typhoïde, la température s'est abaissée à 39°, et ce qui domine, c'est une grosse bronchite avec râles très nombreux.

Il s'agit évidemment là d'un état infectieux qui ressemble au début d'une fièvre typhoïde, et c'est comme cela que se présente habituellement la forme épidémique de la grippe. Il est cependant possible de faire le diagnostic entre les deux maladies, à l'aide d'un certain nombre de signes.

Les prodromes n'offrent pas la même physionomie. Dans la grippe, la céphalalgie domine la scène, le malade a la tête prise comme dans uu étau

et cela pendant un, deux ou trois jours avant le début des accidents; dans la fièvre typhoïde, le mal de tête est rarement aussi intense; il s'agit plutôt d'une rachialgie cervicale. Les douleurs des membres sont plus marquées dans la grippe, si bien qu'on l'a confondue avec le rhumatisme articulaire aigu. Par contre, l'épistaxis est plus rare et les signes d'embarras gastrique moins accusés: pourtant, il y a chez quelques malades des nausées et des vomissements, en même temps que la langue est sale, mais elle est rarement dépouillée, sèche et rouge comme dans la fièvre typhoïde.

Les symptômes d'invasion sont plus brusques dans la grippe, de telle sorte que l'ascension thermique est parfois presque instantanée et que, en quelques heures, le thermomètre monte à 40° et plus. Dans la dothiénentérie, au contraire, l'ascension est graduelle et se fait en trois ou quatre jours, comme l'a établi Wunderlich. Il est difficile de tirer des caractères bien distinctifs du degré de l'adynamie ou de la stupeur; cependant, on peut dire que, ordinairement, il y a moins de stupeur dans la grippe.

Il n'y a aucun signe local pathognomonique permettant de distinguer les deux maladies. Les symptômes thoraciques manquent presque toujours au début dans la grippe. Cependant, j'attire votre attention sur la diminution du murmure vésiculaire qui apparaît avant tout signe sthétoscopique de bronchite; cette diminution s'observe aux deux bases et est suivie, après quelques jours, de symptômes de catarrhe pulmonaire ou de broncho-pneumonie. Il y a alors des râles très abondants et une expectoration qui devient très rapidement purulente, de telle sorte que la suppuration peut être énorme. La diminution du murmure vésiculaire, signalée par Woillez et Ferrand, a une grande importance prémonitoire.

Telle est, Messieurs, la physionomie de la grippe franche à phénomènes typhoïdes et à détermination d'emblée pulmonaire.

Il est quelquefois difficile de la distinguer d'une phthisie aiguë; mais la marche des deux maladies est différente. La granulie ne se développe presque jamais d'emblée, elle est précédée de prodromes, car c'est une poussée nouvelle d'une tuberculose ancienne, au moins dans la grande majorité des cas. Quelque temps avant d'être obligés de s'aliter, les malades se mettent à maigrir sans cause connue, présentent des pleurésies localisées insignifiantes, etc.. Malgré cela, au cours même des accidents, le diagnostic peut être fort délicat. Dans la phthisie, le pouls est plus rapide, car, dans la grippe, il y a fréquemment dissociation fébrile, le pouls restant peu fréquent, tandis que la température monte beaucoup. Dans la phthisie, la température est plus irrégulière et il y a une sorte de fièvre hectique; on constate encore des sueurs nocturnes, une émaciation plus considérable, une cyanose plus rapide. Les signes locaux se ressemblent dans les deux cas; les grippés toussent plus que les phthisiques, et surtout ils crachent davantage. Dans la granulie, il n'y a pas de crachats, et, du reste, quand la bronchite survient dans cette maladie, elle entraîne une mort très rapide avec les symptômes de catarrhe suffocant. On peut voir des cas de granulie sans dyspnée, sauf pendant les efforts. Enfin, l'examen des crachats peut fournir le signe pathognomonique, c'est-à-dire permet de trouver le bacille, mais, comme je vous l'ai dit, l'expectoration est rare dans la phthisie aiguë. Il est très rare de pouvoir constater des bacilles dans le sang.

En fait, le véritable critérium est l'existence d'une épidémie grippale, et la coexistence d'autres formes plus ou moins bénignes.

La grippe est une maladie générale protéiforme et à modalités cliniques

très diverses ; aussi, quelquefois, le mal de tête de l'invasion est tellement intense que l'on a pu croire à une méningite, tandis que, dans d'autres faits, on a pensé à un rhumatisme articulaire, à une méningite cérébro-spinale, selon le symptôme prédominant. Le plus habituellement, l'incubation de la maladie est prompte, il y a de la fatigue, du malaise, des douleurs vagues, et, au moment de l'invasion, les symptômes fonctionnels sont hors de proportion avec les lésions. A la période d'état, les signes physiques sont peu manifestes, même quand il y a une lésion grave, telle qu'une broncho-pneumonie.

Comme vous le savez, il y a dans la grippe des formes légères et des formes graves.

Une des formes légères est l'état grippal sans localisation d'organe. Cet état est caractérisé par une fatigue générale, prédominant surtout le matin, de l'inaptitude au travail, des douleurs musculaires, de l'essoufflement facile et de l'inappétence. Tout cela peut se prolonger pendant quelques jours, sans qu'il survienne aucun autre symptôme.

Dans les formes fébriles fugitives, il y a un accès de fièvre brusque, suivie d'une défervescence soit rapide, soit lente en deux ou trois jours. Presque toujours il y a un peu de dyspnée inconsciente, de l'augmentation de volume du thorax au spiromètre, de la faiblesse du murmure respiratoice. C'est là une forme fréquente chez les enfants, et, parfois, trois ou quatre jours après la fin de la fièvre, on assiste à l'apparition des râles.

Certaines formes sont douloureuses, caractérisées par la pleurodynie ou des douleurs rhumatoïdes très prononcées. On constate de véritables décharges uratiques ou phosphatiques par les urines, et presque toujours surviennent à courte échéance des phénomènes bronchitiques.

Nous avons actuellement dans nos salles deux exemples des formes angineuses. Les malades présentent des prodromes vagues pendant deux ou trois jours, une courbature intense, de la céphalée ; puis, bientôt, apparaît une angine ordinairement douloureuse, surtout quand il y a de l'adénite. En examinant le pharynx, on constate l'existence d'un érythème léger, et, quelquefois, on voit des exsudats fibrino-diphthéroïdes qui simulent un peu ceux de l'angine couenneuse ; ces exsudats contiennent des streptocoques et des staphylocoques. Assez souvent tout se termine par un herpès des lèvres ou du nez. Ici, encore, il y a contradiction entre la bénignité apparente de l'angine et la sévérité des symptômes généraux, bien que certaines formes graves puissent simuler la diphthérie.

Un de nos malades est entré, le 7 décembre, après avoir présenté des symptômes prodomiques pendant plus d'une semaine. Après des épistaxis, de la céphalée, du brisement des membres, de l'anorexie, de la constipation, apppārut une angine non fébrile purement érythémateuse. Le pharynx était rouge, lisse, vernissé, comme dans l'érysipèle, et on ne peut s'empêcher d'établir cette comparaison, si l'on songe que le microbe que l'on rencontre le plus fréquemment dans la grippe est le streptocoque que l'on rencontre aussi dans l'érysipèle. Dans cette variété d'angine, il y a souvent des frissons répétés et une adénite sous-maxillaire très douloureuse.

Dans les formes trachéales, il y a une toux coqueluchoïde, quinteuse, surtout nocturne. Le début se fait par une angine ou un coryza, qui présente souvent des rémissions, de fausses défervescences ; puis la trachée se prend avec ou sans laryngite et l'expectoration devient muco-purulente ; la toux, fatiguante, entraîne assez souvent des vomissements ; la

durée de cette forme est longue, ce qui tient peut-être à l'existence d'adénopathie bronchique, et il peut y avoir propagation aux bronches.

Les formes d'emblée broncho-pulmonaires sont les plus fréquentes dans les épidémies graves. La toux est rare, la dyspnée plus ou moins accentuée, et, au début, on trouve à l'auscultation une respiration faible; en même temps, on constate l'existence d'une submatité sans râles. Très rapidement, le poumon est envahi par de gros râles muqueux, sans sibilance, et l'expectoration devient phthisiogène; le souffle est rare. La suppuration, très rapide, indique bien le caractère infectieux de la maladie. L'examen du sang a, du reste, été fait par MM. Chantemesse, Vidal, Laveran, du Cazal, et on a toujours constaté de la leucocytose; jamais on n'a trouvé de microbes. Ce qu'il faut bien mettre en relief dans les formes graves, c'est l'importance des phénomènes de collapsus et de paralysie cardio-pulmonaire.

Chez les personnes vigoureuses, il y a souvent des phénomènes de congestion aiguë brusques suivis de fausse défervescence et de recrudescence, avec envahissement de parties nouvelles du poumon. Cette allure rappelle tout à fait celle de la broncho-pneumonie érysipélateuse. Les hémoptysies sont rares, mais il y a fréquemment des crachats mousseux avec filets de sang.

Chez les individus adynamiques, affaiblis, il y a des phénomènes de congestion passive et d'asphyxie par paralysie du pneumogastrique. Le pouls est très petit, et tantôt il y a de la tachycardie, tantôt un ralentissement considérable des battements du cœur. La tension artérielle est très faible, les bruits du cœur assourdis, la face pâle et cyanosée. Dans ces cas, il n'y a pas de réaction vive ni d'hyperthermie.

La pneumonie grippale a une marche essentiellement insidieuse. Il y a absence fréquente de points de côté, absence de souffles et de crachats rouillés. Comme signes physiques, on ne constate guère que de la submatité, de la faiblesse de la respiration et de gros râles muqueux. Cependant cette pneumonie arrive très rapidement à la suppuration.

C'est un des caractères fondamentaux de la grippe d'agir rapidement sur le système nerveux en déterminant de l'asthénie fonctionnelle des centres.

L'action sur la moelle est rendue évidente par la fatigue excessive, la rachialgie et les douleurs articulaires. Celle sur le cerveau se manifeste par du délire, de l'excitation cérébrale, alternant ou non avec un état de stupeur et de coma. Ce sont les formes pseudo-méningitiques, simulant soit les méningites franches, soit l'urémie ou les méningites tuberculeuses.

Un de nos malades, entré le même jour que les autres, était arrivé à la consultation avec l'aspect d'un typhique, la démarche titubante, la parole embarrassée; il se plaignait de mal de tête et sa température était de 39°5. Le lendemain, il présentait un tremblement général de tout le corps, des soubresauts des membres, du subdelirium et la langue était sèche et trémulante; dans la nuit, il survint du délire violent et de l'agitation; en un mot, l'apparence était celle de la fièvre typhoïde ou de l'alcoolisme. Cependant, c'était simplement un grippé, et, ce matin, nous avons constaté de l'obscurité du son dans la fosse sus-épineuse, de la faiblesse du murmure vésiculaire, quelques râles en bas, ce sont là les signes d'une congestion centrale du poumon. Nous sommes donc là en présence d'une forme d'intoxication grippale portant sur les centres nerveux.

On peut penser que le bulbe est atteint, en présence des troubles de para-

lysie pulmonaire qui surviennent dans certaines formes que M. Huchard a appelées bronchoplégiques; les crises de collapsus cardiaque sont justiciables de la même interprétation. En 1890, j'ai assisté à un fait typique de ce genre. La malade était une femme de 40 ans, qui venait de perdre son mari en quelques jours de la maladie régnante. En vingt-quatre heures, elle tomba dans un état comateux, avec rétrécissement de la pupille, dyspnée paroxystique, petitesse du pouls, respiration de Cheyne-Stokes, cyanose et anurie. Je fis mettre un vésicatoire derrière la nuque, des sangsues derrière les oreilles et ordonnai des injections de caféine. Au bout de trente-six heures, la malade revint à elle et eut ensuite les phénomènes d'une grippe ordinaire dont elle guérit.

A ces formes peuvent se rattacher les accidents syncopaux et angineux avec mort subite. Des malades sont pris, au bout de quelques jours, d'un état général très mauvais, de phénomènes d'angine de poitrine, ou meurent subitement en se retournant dans leur lit. Peut-être y a-t-il, dans ces cas, une myocardite, mais il s'agit plus probablement d'une lésion des centres ou d'une altération du pneumogastrique. La lenteur de la convalescence montre encore que le système nerveux est profondément touché; il y a des douleurs persistantes, une émaciation prolongée et parfois des parésies tenaces. Certaines formes de la grippe sont plus rares; telles sont les formes intestinales, caractérisées par un embarras gastrique persistant, de la fétidité de l'haleine et des selles, du tympanisme et parfois de la dirrhée. La courbature est énorme et l'anorexie indéfinie.

Je veux, en terminant, vous donner quelques indications thérapeutiques.

Il est indiqué dans la grippe : 1° de combattre l'élément infectieux; 2° de stimuler le système nerveux.

L'élément infectieux est mal connu, il s'agit probablement du streptocoque, mais devenu plus virulent que d'habitude ou trouvant des conditions de propagation spéciales dans l'épidémie.

La quinine et l'antipyrine sont deux médicaments très utiles. La première sera donnée à la dose de 1 gramme par jour. Quant à l'antipyrine, on l'administrera de préférence en lavements, et à la dose de 2 grammes; on évite ainsi d'irriter l'estomac et l'on provoque souvent une sudation très utile. Le lavement peut être répété matin et soir, l'on abaisse ainsi la température.

D'une façon générale, il faut éviter les narcotiques à haute dose; cependant, une petite quantité d'opium est un excitant cérébral, et ce médicament devient très utile quand il y a des irrégularités cardiaques.

Dans les bronchites au début, quand il n'y a pas d'asthénie, on peut, avec un ipéca sans tartre stibié, provoquer utilement une perturbation générale. Les révulsifs, ventouses sèches et scarifiées, pourront être indiqués, mais il faut se méfier des vésicatoires.

Je vous recommande, dans les fortes broncho-pneumonies, l'emploi du drap mouillé, que l'on peut appliquer deux ou trois fois par jour. On obtient ainsi une stimulation générale, une soustraction de calorique et une réaction avec transpiration et diurèse. La température s'abaisse et il n'y a pas de danger d'intoxication comme avec l'antipyrine. Les injections d'éther et de caféine sont ce qu'il y a de mieux à faire contre le collapsus bulbaire.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ DE MÉDECINE publié sous la direction de MM. CHARCOT, BOUCHARD, BRISSAUD. — Tome I, par MM. CHARRIN, LE GENDRE, ROGER, CHANTEMESSE, F. WIDAL. — Paris, G. Masson. 1891.

Le premier volume du *Traité de médecine* a eu un succès au moins comparable à celui de ses aînés du *Traité de chirurgie*. C'est que, comme dans ce dernier ouvrage, chacune des parties de l'ensemble a été confiée à celui des collaborateurs que ses connaissances spéciales désignaient pour la traiter.

M. A. Charrin a rédigé la *Pathologie générale infectieuse*, qui était l'introduction générale toute indiquée du *Traité* tout entier, étant donné la direction de la médecine actuelle. L'auteur s'est efforcé de condenser, en douze chapitres, les principales notions que nous possédons sur l'infection, abordant, successivement, l'historique, la nature même des microbes, leurs habitats, les causes qui leur permettent d'intervenir, les circonstances dans lesquelles ils entrent en scène, les mécanismes mis en œuvre pour produire les symptômes, les lésions, les conditions qui influencent le pronostic, la marche la durée, la terminaison, par la mort ou par la guérison, des affections engendrées par ces agents pathogènes. M. Charrin a cherché à établir, dans la genèse de ces affections, la part importante des associations microbiennes, celle non moins importante des toxines, dont il a étudié les propriétés physiques, chimiques, physiologiques. Après avoir suivi l'attaque dans ses diverses phases, il a indiqué sommairement le plan de la défense de l'organisme, défense préventive réalisée par l'immunité, par les vaccinations, défense secondaire à l'invasion, que l'on peut tenter grâce à la thérapeutique générale ou spéciale.

M. Charrin a donné lui-même le résumé ci-dessus de son ouvrage en le déposant sur le bureau de la Société de biologie, mais, ce qu'il n'a pas dit, c'est qu'il est impossible de présenter d'une manière plus juste, plus exacte, plus facile à comprendre un ensemble de connaissances un peu spéciales dont les manuels publiés jusqu'ici n'ont donné qu'une idée incomplète. Enfin, ce qui est bien rare parmi ceux qui s'occupent de microbiologie, M. Charrin n'est pas seulement bactériologiste, il est aussi médecin clinicien, et il a su ne pas tout sacrifier au microbe. C'est là un mérite malheureusement assez rare pour que l'on puisse l'en féliciter.

M. Le Gendre a étudié les *Troubles et les Maladies de la nutrition*. Elève de M. le professeur Bouchard, il nous a exposé, de la façon claire et précise et dans le style excellent qui lui sont propres, les idées de son maître. Peut-être même a-t-il accordé à ces idées, dont certaines sont combattues aujourd'hui, une importance un peu trop grande en rejetant dans des notes en petit texte ou même en négligeant quelques points très controversés. C'est ainsi qu'à propos de la lithiase biliaire, les beaux travaux de M. Naunyn et la discussion récente qui a eu lieu au Congrès de Wiesbaden sont très brièvement rappelés, que, en exposant les troubles de la nutrition dans les maladies du foie, M. Le Gendre admet sans discussion que cet organe fabrique l'urée, tandis qu'il sait certainement que cette fonction est encore controversée et que les expériences les plus récentes sont contradictoires. Mais ce sont là des critiques de détail, d'autant plus que certaines des parties que M. Le Gendre n'a pu que résumer rapidement seront traitées tout au long dans d'autres chapitres du *Traité de médecine*..

Les *Maladies infectieuses communes à l'homme et aux animaux* ont été résumées par M. H. Roger, auquel on ne peut reprocher que d'avoir écrit un chapitre un peu court sur la tuberculose.

La *Fièvre typhoïde* a été magistralement exposée par M. Chantemesse, qui, avec sa compétence toute spéciale, nous a donné un véritable Traité de la dothiénentérie, et, en une centaine de pages, nous a dit tout ce qu'il est nécessaire de savoir sur le typhus abdominal.

Enfin, le reste des Maladies infectieuses est échu à M. F. Widal, qui a su exécuter brillamment un travail un peu ingrat. Nous regrettons seulement de ne pas voir figurer,

parmi les maladies dont il a parlé, la Fièvre récurrente et le Typhus exanthématique, qui ne peuvent guère trouver place dans les volumes suivants. — P. Chéron.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 décembre 1891. — Présidence de M. Tarnier.

La séance publique annuelle de l'Académie a eu lieu avec sa solennité habituelle.

M. Cadet de Gassicourt a su vivement intéresser son auditoire par une lecture sur ce sujet : « Coup d'œil sur la médecine française au xixe siècle ».

Puis, après le rapport général sur les prix décernés en 1891, lu par M. le Secrétaire annuel, M. le Président a indiqué ceux proposés pour les années 1892, 1893, 1894.

Prix de l'Académie pour 1891.

Prix de l'Académie : 1,000 francs (annuel). — Question : « De la part de l'air dans la transmission de la fièvre typhoïde ». — L'Académie a reçu douze mémoires sur ce sujet.

Le prix est partagé de la manière suivante : 1° 500 francs à M. le docteur Sicard, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Béziers (Hérault). Devise du mémoire : « Mobilis in mobile »; 2° 250 francs à M. le docteur Delahousse, médecin principal, directeur du service de santé du 12e corps d'armée, à Limoges, pour son mémoire portant cette épigraphe : « Toujours de l'air pur »; 3° 250 francs à M. le docteur Albert Boucher, médecin major de 2e classe au 147e d'infanterie à Verdun, auteur du mémoire ayant pour devise : « Ars tota in observationibus ».

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil) : 800 francs (annuel). — Ce prix sera distribué à l'auteur du meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine. — Vingt-cinq travaux divers ont été soumis au concours.

L'Académie partage le prix entre : 1° M. le docteur Frédéric Bateman, de Norwich (Angleterre), pour son traité intitulé : « On aphasia or Loss of speech and the localisation of the Faculty of articulate language »; 2° M. le docteur Félix Legueu (de Paris), pour son ouvrage portant le titre suivant : « Des calculs du rein et de l'uretère au point de vue chirurgical ».

Des mentions honorables sont en outre accordées à MM. les docteurs Blocq (de Paris), pour son ouvrage sur une « Affection caractérisée par de l'astasie et de l'abasie »; Labit, médecin-major au 85e ligne, à Cosne, pour sa « Topographie médicale et anthropologique du département de la Nièvre »; Legrain (de Paris), pour son travail intitulé : « Hérédité et alcoolisme; de l'alcoolisme dans ses rapports avec l'hérédité descendante ».

Prix Barbier : 2,500 francs (annuel). — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés. — Huit ouvrages ont été adressés pour ce concours.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde, à titre d'encouragement : 1° 1,000 francs à M. Adrien Lucet, médecin-vétérinaire à Courtenay (Loiret), pour son travail intitulé : « De la congestion des mamelles et des mammites aiguës d'origine externe chez la vache »; 2° 500 francs à M. le docteur Thoinot (de Paris), pour son « Enquête sur les foyers de la fièvre typhoïde en France »; 3° 500 francs à MM. Galtier et Violet, professeurs à l'Ecole de médecine vétérinaire de Lyon, pour leur travail, fait en collaboration, sur « Les pneumo-entérites infectieuses des fourrages ou variétés des affections typhoïdes des animaux solipèdes ».

Prix Henri Buignet : 1,500 francs (annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du

meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique et de la chimie aux sciences médicales. — Six concurrents se sont présentés.

L'Académie décerne le prix à M. Patein (de Paris), pharmacien en chef de l'hôpital Lariboisière, pour ses ouvrages sur l' « Albuminurie consécutive aux inhalations chloroformiques »; — « Sur une cause d'erreur dans la recherche et le dosage de l'albumine ».

Prix Capuron : 1,000 francs (annuel). — Question : « De l'action des eaux salines sur les fibromes utérins ». — Un seul mémoire a été présenté.

Le prix n'est pas décerné.

L'Académie accorde une mention honorable à M. le docteur Versepuy, médecin consultant aux eaux de Saint-Nectaire, auteur du travail portant cette devise : « Quid requeat sal in morbis? »

Prix Civrieux : 900 francs (annuel). — Question : « Des rémissions dans la paralysie générale des aliénés ». — Quatre mémoires sur ce sujet ont été adressés au concours.

L'Académie partage le prix entre : 1° M. le docteur L. Camuset, médecin-directeur de l'asile public d'aliénés d'Eure-et-Loir, à Bonneval, auteur du mémoire portant cette devise : « Il reste de nombreuses questions à élucider dans l'histoire de la paralysie générale »; 2° M. le docteur Charles Vallon, médecin en chef à l'asile d'aliénés de Villejuif (Seine), pour son mémoire portant cette épigraphe :

« Il faut être ignorant comme un maître d'école
Pour se vanter de dire une seule parole
Que personne ici-bas n'ait pu dire avant vous. »
(Musset.)

Une mention honorable est en outre accordée à M. le docteur Bernard, médecin à la Ruche, Dinard-les-Bains (Ille-et-Vilaine). Devise du mémoire : « Nulla renascentur quæ jam cecidere ».

Prix Daudet : 1,000 francs (annuel). — Question : « Du traitement chirurgical du goître et de ses conséquences immédiates ou éloignées ». — Dix concurrents se sont présentés.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde des encouragements : 1° 500 fr. à M. le docteur James Berry, chirurgien au Royal Free Hospital (London), pour son mémoire portant cette devise : « Dum spiro spero »; 2° 500 francs à M. le docteur Léon Galle, au Chatelet, province de Hainaut (Belgique), auteur du mémoire portant cette épigraphe : « En toute chose, il faut considérer la fin ». (La Fontaine, *Fables.*)

Prix Desportes : 1,300 francs (annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. — Douze ouvrages ont été soumis au jugement de l'Académie.

Le prix a été décerné à M. le docteur Brocq (de Paris), pour son « Traité des maladies de la peau ».

Une mention honorable est en outre accordée à M. le docteur Burlureaux, professeur agrégé au Val-de-Grâce, pour son travail intitulé : « Traitement des tuberculeux par la créosote à haute dose en injections sous-cutanées ».

Concours Vulfranc Gerdy. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir, près des stations minérales de la France ou de l'étranger, des élèves en médecine nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine.

L'Académie a versé, en 1891, les sommes suivantes à MM. les stagiaires : 2,000 francs à M. Gresset, pour son Rapport sur les eaux de Salins (Jura), en 1890, et sa Mission, en 1891, à Contrexéville; 2,000 francs à M. Gauly, pour son Rapport sur les eaux de Bagnières-de-Bigorre, en 1890, et sa Mission, en 1891, à Martigny-les-Bains; 3,500 fr. à M. Cathelineau, pour son Rapport sur les eaux de Saint-Nectaire, en 1890, et ses Missions en 1891, saison d'été à Barèges et saison d'hiver à Salies-de-Béarn; 3,000 francs à M. Matton, pour ses Missions, en 1891, à Maizières (Côte-d'Or) et à Dax (Landes).

Prix Ernest Godard : 1,000 francs (annuel). — Au meilleur travail sur la pathologie externe. — Sept concurrents se sont présentés.

L'Académie partage le prix ainsi qu'il suit : 1° 400 francs à M. le docteur Kirmisson (de Paris), pour ses « Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur (os, articulations, muscles) »; 2° 300 francs à M. le docteur Félizet (de Paris), pour son ouvrage intitulé : « La cure radicale des hernies particulièrement chez les enfants »; 3° 300 francs à M. Ch. Répin, interne des hôpitaux de Paris, pour son travail : « Origine parthénogénétique des kystes dermoïdes de l'ovaire ».

L'Académie attribue en outre une mention honorable aux travaux de MM. les docteurs Desnos, Maurange, Maurin et Veron.

Prix de l'hygiène de l'enfance : 1,000 francs. — Question : « Déterminer quels sont, dans l'allaitement artificiel des enfants du premier âge, la valeur et les effets, soit du lait cru et tiédi au bain-marie, soit du lait bouilli ». — L'Académie a reçu onze mémoires sur cette question.

Le prix est partagé entre : 1° M. le docteur Henry Drouet (de Paris), pour son mémoire portant cette devise : « J'ay seulement faict icy un amas de fleurs estrangières n'y ayant fourny du mien que le filet à les lier ». (Montaigne.) 2° A. M. le docteur Séverin-Icard (de Marseille), auteur du mémoire portant cette épigraphe :

» Principiis obsta : sero medicina paratur,
Quum mala per longas involuère moras. »
(Ovide.)

Une mention honorable est, en outre, accordée à M. le docteur Emile Thomas, médecin de la Policlinique à l'Université de Genève, pour son mémoire ayant cette devise : « Il faut aimer la médecine pour la bien faire ». (Fonssagrive.)

Priz Itard : 2,700 francs (triennal). — Ce prix sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. — Douze travaux ont été adressés au concours.

Un prix de 2,000 francs est décerné à M. le docteur Duroziez (de Paris), pour son « Traité clinique des maladies du cœur ».

L'Académie accorde, en outre, à titre d'encouragement : 1° 350 francs à MM. les docteurs Gouguenheim et Paul Tissier (de Paris), pour leur ouvrage, fait en collaboration, sur « La phthisie laryngée »; 2° 350 francs à M. le docteur Duval (de Paris), pour son « Traité pratique et clinique d'hydrothérapie ».

Prix Laborie : 5,000 francs (annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie. — L'Académie a reçu, pour ce concours, quatorze ouvrages.

Le prix est partagé ainsi qu'il suit : 1° 2,000 francs à M. le docteur Paul Thiéry (de Paris) pour son ouvrage intitulé : « De la tuberculose chirurgicale; suites immédiates et éloignées de l'intervention; traitement pré et post opératoire »; 2° 1,500 francs à M. le docteur Pierre Delbet (de Paris), auteur du travail ayant pour titre : « Des suppurations pelviennes chez la femme; » 3° 1,500 francs à M. le docteur Delorme, professeur au Val-de-Grâce, pour son mémoire sur les « Types des fractures des diaphyses par les balles; séméiologie générale de ces fractures et séméiologie spéciale de leurs groupes et de leur variété ».

L'Académie accorde, en outre, des mentions honorables à : 1° M. le docteur Marcel Baudoin (de Paris), pour son ouvrage intitulé : « Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes dans les rétrodéviations de l'utérus »; 2° M. le docteur René-Léon Le Fort, stagiaire au Val-de-Grâce, pour son travail ayant pour titre : « La topographie crânio-cérébrale; applications chirurgicales; 3° M. le docteur Louis Wickham (de Paris), pour sa « Contribution à l'étude des psorospermoses cutanées et de certaines formes de cancer (maladie de la peau dite maladie de Paget) ».

Prix Laval : 1,000 francs (annuel). — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. — Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

L'Académie décerne le prix à M. Martin Durr, interne des hôpitaux de Paris.

Prix Meynot aîné et fils, de Donzère (Drôme) : 2,600 francs (annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux. — Huit ouvrages ont été soumis au concours.

L'Académie décerne : 1° Un prix de 1,600 francs à M. le docteur Nicati (de Marseille), pour son ouvrage intitulé : « La glande de l'humeur aqueuse; anatomie, physiologie, pathologie »; 2° Une récompense de 500 francs à M. le docteur Valude (de Paris), pour ses « Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose oculaire »; 3° Une récompense de 500 francs à M. le docteur Georges Martin (de Bordeaux), pour son travail portant le titre suivant : « De l'amblyopie des astigmates. »

Prix Adolphe Monbinne : 1,500 francs. — M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1,500 francs, destinée à « subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire ». — L'Académie a reçu sept ouvrages ou mémoires pour ce concours.

Un prix de 1,000 francs est décerné à M. le docteur Fernand Lagrange (de Limoges), pour son mémoire intitulé : « La gymnastique suédoise étudiée à Stockholm ».

Une mention honorable, avec une somme de 500 francs, est, en outre, accordée à M. Galtier, professeur à l'Ecole de médecine vétérinaire de Lyon, auteur d'un travail sur la « Pneumo-entérite infectieuse du mouton ».

Prix Nativelle : 300 francs (annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, cristallisé, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse. — Deux concurrents se sont présentés.

L'Académie décerne le prix à M. Houdas, préparateur de chimie à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour son mémoire intitulé : « Contribution à l'histoire chimique de la digitale ».

Prix Oulmont : 1,000 francs (annuel). — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'internat (médecine).

M. Souque, interne en médecine des hôpitaux de Paris, a obtenu le prix.

Prix Portal : 800 francs (annuel). — Question : « Anatomie pathologique des érysipèles ». — Deux mémoires sur cette question ont été adressés au concours.

L'Académie décerne le prix à M. Pierre Achalme, interne des hôpitaux de Paris, pour son mémoire portant cette devise : « La connaissance des erreurs que l'esprit a déjà commises, empêche de tomber dans des fautes semblables ».

Une mention honorable est, en outre, accordée à M. Critzman, interne des hôpitaux de Paris, pour son mémoire ayant pour épigraphe : « Vitam impendere vero ».

Prix Pourat : 1,200 francs (annuel). — Question : « De la tension sanguine intra-vasculaire ». — L'Académie n'a reçu aucun mémoire sur ce sujet, la même question sera remise au concours pour l'année 1894.

Prix Vernois : 700 francs (annuel). — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène. — Quinze ouvrages ont concouru.

L'Académie partage le prix de la manière suivante : 1° 300 francs à M. C. Tollet, ingénieur à Paris, pour ses travaux intitulés : « De l'assistance publique et des hôpitaux jusqu'au xixe siècle; les hôpitaux aux xixe siècle »; 2° 200 francs à M. le docteur Eugène Richard, médecin principal de l'armée, agrégé libre du Val-de-Grâce, pour son « Précis d'hygiène appliquée »; 3° 200 francs à M. le docteur Carlier, médecin-major, pour ses « Recherches anthropométriques sur la croissance ».

(*A suivre.*)

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* Lait *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie

(Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL DANS LES HÔPITAUX. — Les cours et conférences cliniques de MM. les médecins, chirurgiens et accoucheurs auront lieu dans l'ordre suivant :

Hôtel-Dieu. — Lundi, à dix heures : M. Proust, Maladies du larynx (salle Sainte-Madeleine).

Mardi, à neuf heures : M. Dumontpallier, Gynécologie avec examen des malades (salle Sainte-Marie); — à neuf heures et demie : M. E. Labbé, Clinique médicale au lit des malades (salles Saint-Thomas et Sainte-Anne).

Mercredi, à huit heures et demie : M. Lancereaux, Médecine générale; clinique au lit des malades (salle Saint-Denis); — à neuf heures : M. Bucquoy, Maladies du cœur et des vaisseaux (salles Saint-Augustin et Sainte-Monique); — à dix heures : M. Proust, Maladies nerveuses (salle Sainte-Madeleine).

Jeudi, à neuf heures : M. Dumontpallier, Gynécologie avec examen des malades (salle Sainte-Marie); — à dix heures : M. Proust, Maladies du larynx (salle Sainte-Madeleine).

Vendredi, à huit heures et demie : M. Lancereaux, Médecine générale; clinique au lit du malade (salle Saint-Denis); — à neuf heures : M. Bucquoy, Conférences cliniques au lit des malades (salles Saint-Augustin et Sainte-Monique); M. Proust, Clinique au lit des malades (salle Sainte-Madeleine).

Samedi, à neuf heures : M. Dumontpallier, Gynécologie avec examen des malades (salle Sainte-Marie); M. Tillaux, Examen technique des malades par les élèves (salles Saint-Côme et Sainte-Marthe); — à neuf heures et demie : M. Ed. Labbé, Clinique médicale au lit des malades (salles Saint-Thomas et Sainte-Anne).

Pitié. — Lundi, à neuf heures : M. Audhoui, Exercices cliniques (salles Serres et Valleix); M. Albert Robin, Thérapeutique clinique (au lit des malades); M. Polaillon, Examen des malades (salles); M. Maygrier, Exercices manuels et opératoires.

Mardi, à neuf heures : M. Polaillon, Opérations (amphithéâtre du service).

Mercredi, à neuf heures : M. Polaillon, Examen des malades (salles); — à neuf heures et demie : Clinique médicale et hydrologie clinique (amphithéâtre n° 3); M. Albert Robin, Chimie pathologique (laboratoire du service); — à dix heures : M. Maygrier, Clinique obstétricale (amphithéâtre n° 3).

Jeudi, à neuf heures : M. Polaillon, Opérations (amphithéâtre du service); — à neuf heures et demie : M. Albert Robin, Leçons cliniques (amphithéâtre n° 3).

Vendredi, à neuf heures : M. Audhoui, Exercices cliniques (salles Serres et Valleix); M. Polaillon, Examen des malades (salles); M. Maygrier, Exercices manuels et opératoires.

Samedi, à neuf heures : M. Audhoui, Exercices cliniques (salles Serres et Valleix); M. Albert Robin, Thérapeutique clinique; M. Polaillon, Opérations (amphithéâtre du service).

Tous les jours, à neuf heures : M. Maygrier, Clinique obstétricale.

Charité. — Lundi, à dix heures : M. Desnos, Clinique médicale; consultations (salles Laënnec et Frère-Côme); M. Després, Opérations et consultations; — à dix heures et demie : M. Budin, Cours théoriques d'accouchements (faits par M. le docteur Bonnaire, salle de garde du service d'accouchements).

Mardi, à neuf heures : M. Desnos, Clinique médicale; examen des malades (salle Laënnec et Frère-Côme).

Mercredi, à neuf heures : M. Desnos, Clinique médicale, examen des malades (salles Laënnec et Frère-Côme); M. Després, Opérations et consultations; — à dix heures et demie : M. Budin, Cours théoriques d'accouchements (faits par M. le docteur Bonnaire, salle de garde du service d'accouchements).

Jeudi : M. Budin, Clinique obstétricale (amphithéâtre Velpeau).

Vendredi, à dix heures et demie : M. Budin, Cours théoriques d'accouchements (faits par M. le docteur Bonnaire, salle de garde du service d'accouchements).

Samedi, à dix heures : M. Luys, Maladies du système nerveux (amphithéâtre Vel-

peau); — à quatre heures et demie : cours théoriques d'accouchements (faits par M. le docteur Bonnaire, salle de garde du service d'accouchement). (*A suivre.*)

Institut Pasteur. — Pendant le mois d'octobre 1891, 124 personnes ont été traitées à l'Institut Pasteur.

Sur ce nombre :

41 ont été mordues par des animaux dont la rage a été reconnu expérimentalement.

68 ont été mordues par des animaux reconnus enragés à l'examen vétérinaire

15 ont été mordus par des animaux suspects de la rage.

Les animaux mordeurs ont été : chiens, 115 fois; chats 7 fois; vaches, 2 fois.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours pour la place de chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Vallas.

Ambulances urbaines de Bordeaux. — Cette œuvre créée par le docteur Mauriac prend chaque jour une importance considérable. Pendant la première quinzaine du mois de novembre, l'ambulance de Bacalan a donné des soins à 43 personnes blessées, ce qui porte à onze cent deux le nombre des blessés soignés dans ce poste depuis son ouverture (il y a un an). Le dispensaire pour enfants malades, faisant partie de la même Société, a soigné 491 enfants depuis six mois. L'ambulance des Chartrons, créée au milieu d'octobre, a secouru 53 blessés. Enfin, dans les postes de secours auxiliaires, 50 blessés ou malades atteints d'indispositions subites sur la voie publique ont été soignés par les gardiens de la paix diplômés dans les commissariats et postes de police pourvus de la boîte à pansement de la Société. Le nombre total des blessés et malades soignés par la Société des Ambulances urbaines de Bordeaux pendant la première année de son fonctionnement est de 1,693. (*Progrès médical.*)

L'hypnotisme en Belgique. — La Chambre des députés vient de discuter le projet de loi du gouvernement qui, pour répondre au désir de l'Académie royale belge de médecine, vise l'interdiction des séances publiques d'hypnotisme.

Après un débat long et confus, pendant lequel la Chambre a montré une complète ignorance du sujet, tous les articles du projet ont été votés. Les pénalités encourues varient entre 15 jours et 12 mois d'emprisonnement et 25 à 1000 francs d'amende. (*Bull. méd.*)

Conservation des tubes de caoutchouc. — La Société polytechnique de Berlin recommande de tenir les tubes de caoutchouc dans l'eau contenant en dissolution une petite quantité de sel marin.

Nécrologie. — Nous avons le chagrin d'apprendre la mort de M. le docteur S. Dehenne, à l'âge de 71 ans, à Bourbourg (Nord). Il y exerçait la médecine depuis 1846. Il était médecin en chef de l'hôpital-hospice cantonal, médecin du chemin de fer, de la gendarmerie, etc.

Nous adressons à notre confrère Dehenne, son fils, l'expression de nos regrets les plus sympathiques.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

BULLETIN

Dans mon dernier *Bulletin*, je me suis contenté d'esquisser la biographie de M. Féréol sans dire tout le bien que je pensais de lui, et qui n'eût été que l'écho de tout ce que j'avais entendu, le jour de ses obsèques, dans l'église Saint-Roch, trop petite pour contenir la foule de ses amis. Moins heureux que notre confrère et ami M. Dureau, qui le connut dès son enfance, et qui resta toujours dans son intimité (voir *Gazette médicale* du 12 décembre), je n'eus qu'une fois, dans un voyage de quelques jours, l'occasion de l'approcher de près et d'apprendre à l'estimer et à l'aimer. A ses grandes qualités de médecin des plus honorables et des plus distingués, M. Féréol joignait celles qui font aimer l'homme de sa famille et de ses amis, un cœur d'élite, un caractère droit, juste, une grande bonté; c'était, de plus, un artiste, un érudit, un lettré. Et tout cela a été emporté en quelques jours par l'angine de poitrine!

— C'est aussi par le cœur que Léon Tripier est mort, comme nous l'avons annoncé la semaine dernière. C'était aussi un tempérament artistique; tous les instants qu'il ne consacrait pas à son service de clinique étaient réservés à la musique, à la peinture, à la sculpture. Comme M. Féréol, M. Tripier a voulu qu'aucun discours ne fût prononcé sur sa tombe;

FEUILLETON

CAUSERIE

La question des tours, qui a été reprise récemment à l'Académie et au dehors, lors de la discussion sur la dépopulation de la France, a soulevé diverses questions incidentes qui montrent les dangers de l'état actuel des choses, en même temps que la nécessité de bien faire garder le secret professionnel.

Dans un article très étendu sur cette question, la *Tribune médicale* indique par des exemples à quels effets singuliers peut arriver la jurisprudence suivie actuellement pour la recherche du domicile de secours; en voici quelques-uns :

Le 29 septembre 1879, le rapatriement d'un enfant X... était demandé sur le département de l'Aisne. Le préfet de ce département transmettait la lettre de l'Assistance publique au maire de *** avec la mention suivante : « M. le maire de *** est prié de nous faire connaître les renseignements qu'il aura recueillis, avec prudence et discrétion, sur la nommée X..., que l'on croit être la mère de l'enfant qui fait l'objet de la lettre communiquée de M. le préfet de la Seine. »

Le maire, fort empressé à remplir ses devoirs, convoqua immédiatement le père de la jeune fille, homme bien posé dans la commune, et lui remit la lettre de l'administration,

néanmoins, un de ses collègues, M. Mayet, a tenu à honneur de retracer longuement la vie scientifiqne de son prédécesseur dans un discours prononcé devant la Société des sciences médicales de Lyon.

Jamais vie ne fut mieux remplie. Entré l'un des premiers à l'internat, il en sortit en écrivant une excellente thèse de doctorat sur le cancer de la colonne vertébrale et la paraplégie douloureuse des cancéreux, puis alla étudier, en Allemagne, l'histologie sous la direction de Virchow, et revint en France quelque temps avant la guerre de 1870, pendant laquelle, comme membre d'une des ambulances lyonnaises, il faillit périr d'un phlegmon diffus contracté en explorant la fracture compliquée de plaie d'un blessé.

Son travail, en collaboration avec M. Arloing, sur la sensibilité récurrente, a fait époque dans la science; on peut encore citer comme excellentes ses études sur la pathogénie du rachitisme, et sa monographie de cette altération nutritive des os publiée dans le *Dictionnaire encyclopédique*, sur les altérations des nerfs et de la moelle épinière chez les rachitiques, etc.

Lors de la création de la Faculté de médecine de Lyon, il fut chargé de l'enseignement de la médecine opératoire, qu'il organisa dans un esprit éminemment pratique. Cependant, M. Léon Tripier n'était pas chirurgien des hôpitaux; il avait renoncé à la lutte, par une susceptibilité peut-être exagérée, après un premier concours brillant, mais non couronné de succès. On regrettait donc qu'un homme de sa valeur fût éloigné de la chirurgie hospitalière; aussi, quand la chaire de clinique chirurgicale devint vacante par la retraite de M. Desgranges, quoique d'habitude elle soit dévolue à un vétérant de l'enseignement, elle lui fut attribuée par le vote unanime de ses collègues, ratifié par sa nomination officielle. Il y rendit de grands services, en particulier par l'organisation de l'antisepsie dans ses salles.

Tout cela ne suffisait pas encore à son activité et, pendant longtemps, il professa l'anatomie à l'Ecole des beaux-arts de Lyon. Mais, à ce labeur, ses forces se sont usées, et le mal s'empara peu à peu de cette organisation d'élite; jusqu'au dernier jour, il lutta courageusement; mais une crise

---

en l'engageant à se rendre à Paris pour s'entendre directement avec le service des Enfants-Assistés.

Et le secret de la malheureuse fille?... Cette recherche du domicile de secours n'est-elle pas intolérable? et les filles de ce village, qui voudront désormais cacher une faute, quel moyen emploieront-elles pour se débarrasser de leur enfant, après le déshonneur infligé si niaisement à l'une d'elles?

Autre exemple : 1869, un enfant avait été déposé à l'hospice d'Alger. La préfecture apprit en 1877 que la mère s'était mariée à Paris. Sans se préoccuper de savoir si le mari connaissait la faute que sa femme avait commise avant son mariage, sans se demander si une révélation ne pouvait amener un malheur irréparable, la préfecture d'Alger réclama à ce malheureux mari 2,588 francs pour cet enfant qui ne lui appartenait pas. Comme il ne pouvait pas payer immédiatement une somme aussi élevée, une sommation avec frais lui fut adressée par le percepteur de son arrondissement, pour avoir à verser ladite somme à titre de contribution due à Alger « pour entretien de l'enfant X... du 22 novembre 1869 au 31 décembre 1876. » Ce négociant écrivit à l'administration de la Seine pour déclarer qu'il serait ruiné si les poursuites étaient continuées contre lui, et pour offrir de se libérer par acomptes mensuels de 100 francs.

L'affaire ne regardait pas le département de la Seine et fut transmise au ministre de l'intérieur.

L'exemple suivant est plus dramatique encore, il s'est passé en 1878.

Le gendarme Tramini était en résidence dans le département de la Drôme. Sa femme

suprême le vainquit, sans que son énergie l'ait un instant abandonnée. Nous ne pouvons mieux faire, pour terminer cet article, que de citer la lettre écrite au recteur de l'Académie de Lyon par le ministre de l'instruction publique.

« J'ai appris avec un vif regret la mort de M. le professeur Tripier. Vous avez raison de dire que l'enseignement supérieur et la Faculté de médecine de Lyon viennent de faire une grande perte. M. Léon Tripier était de ces hommes qui sont, pour l'Université, une force et un honneur. »

Nous nous associons pleinement à cette opinion.

— Après la pluie, le beau temps. Après la tristesse vient la joie. Ainsi, mardi dernier, l'Académie, sortant de son deuil, était en liesse, du moins les nombreux lauréats dont les noms ont été proclamés sur la liste. Citons, au courant de la plume : MM. Legueu, Thierry, Delbet, prosecteurs de la Faculté, Camuset, Ch. Vallon, Brocq, Burlureaux, Félizet, Duroziez, Gouguenheim, Thoinot, Alison (de Baccarat), Teissier (de Lyon), Blache, Delorme, professeur au Val de-Grâce, Marcel Baudoin, Nicati (de Marseille), Valude, Cornillon et Frémont (de Vichy), Chiaïs (d'Evian), et plusieurs vétérinaires distingués : Ad. Lucien, Violet et Galtier (de Lyon), etc. Nous adressons à tous nos bien sincères félicitations.

On me permettra d'exprimer la satisfaction que j'éprouve en voyant que plusieurs des travaux couronnés ont trait à la tuberculose. Ce sont ceux de MM, Burlureaux, Gouguenheim et Tissier, Paul Thiéry, Valude. Ce sont de bons travaux qui, nous l'espérons, en feront naître d'autres meilleurs encore.

Le morceau de résistance, ou plutôt les deux, ont été le rapport de M. Féréol sur les prix de l'année et la lecture d'un travail de M. Cadet de Gassicourt sur l'état de la médecine française au XIXe siècle, Le rapport de M. Féréol, terminé sur son lit de mort, a été lu par M. Bergeron, qui l'a fait suivre d'un éloquent hommage à la mémoire de son auteur. On y trouve les idées élevées qui pouvaient naître dans un cerveau d'élite à

---

et sa fille, âgée de 23 ans, étaient venues s'établir à Marseille, prétextant qu'elles pourraient y gagner plus aisément leur vie. Le mari y avait consenti. En réalité, les deux femmes avaient voulu cacher au gendarme la faute de sa fille, qui s'était laissée séduire. Les deux femmes trouvèrent du travail, la fille accoucha et fit admettte son enfant à l'hospice.

Voici, d'après ses dépositions, comment le père apprit la faute de sa fille : Un jour, l'officier de gendarmerie, son supérieur immédiat, le fit appeler et lui donna connaissance des renseignements fournis sur sa fille par l'autorité préfectorale, ainsi que la demande qu'elle avait signée pour faire entrer son enfant à l'hospice. Après lui avoir annoncé cette terrible nouvelle, l'officier lui adressa les plus durs reproches, l'accusant d'avoir toléré l'inconduite de sa fille jusque dans la caserne, et lui infligea quinze jours de prison, peine qui, en passant par les voies hiérarchiques du capitaine au commandant et au colonel, s'éleva à soixante jours de prison qu'il lui fallut subir. Sa peine terminée, on le mit en demeure de quitter la gendarmerie. Ce malheureux, déshonoré, ruiné, dévoré de honte et de colère, se rendit à Marseille, rejoignit sa fille et lui porta trois coups de couteau dans la poitrine, après quoi il se frappa deux fois lui-même dans la région du cœur avec le même couteau.

Le secret absolu est indispensable, mais son corollaire nécessaire est la suppression du domicile de secours.

*
* *

M. le docteur Dauchez a consacré un opuscule extrêmement curieux à saint Luc, patron

propos des questions intéressantes discutées à l'Académie pendant l'année ou traitées dans les ouvrages récompensés.

C'est ainsi qu'à propos de la dépopulation de la France, M. Féréol en a indiqué, avec tristesse et patriotisme, les causes et les effets. La cause principale, c'est le malthusianisme, « qui a fait succéder à l'ancien régime, celui du droit d'aînesse, le régime des enfants uniques. Un peuple qui en arrive là, continue-t-il, est visiblement sur la pente de la décadence. Ce vilain mot, je le sais, ne répugne guère à notre fin de siècle, même on s'en fait gloire en de certains milieux, sans songer qu'il y a autour de nous des gens qui ne demandent qu'à nous prendre au mot. Mais, ici, il ne s'agit plus de littérature ni de psychologie; il s'agit tout simplement d'être ou de n'être pas; les temps sont passés où une poignée d'hommes en armes imposait ses volontés à des peuples encore enfants ».

La gymnastique suédoise, dont M. F. Lagrange s'est fait le défenseur, rendra-t-elle au moins des forces à notre génération future? Peut-être; mais M. Féréol craint que le surmenage intellectuel, contre lequel on s'élève partout, ne soit moins dangereux que le surmenage physique; « la vraie valeur de l'homme se mesure plus à ses actes moraux qu'à ses biceps ». Un passage sur la vivisection, ou plutôt une critique de l'antivivisection, a été écrit avec une finesse de touche qui ne plaira pas trop aux antivivisectionnistes. On a ri d'eux, donc ils ne désarmeront pas.

Signalons encore une plainte aux pouvoirs publics, auxquels le rapporteur a signalé, une fois de plus, combien est défectueux, au point de vue matériel, le local où siège l'Académie. « Nous nous associons à ces gémissements, dit plaisamment le rédacteur du *Mercredi médical*; car, vraiment, n'est-il pas pénible d'être le plus souvent forcé d'écrire sur ses genoux ou même debout quand, malheureux journalistes, on veut saisir au vol une discussion ou les phrases saillantes d'un rapport? ». Cependant les journalistes nous ont paru généralement assez bien installés.

Je reviendrai sur le travail important de M. Cadet de Gassicourt quand j'en aurai relu à loisir le texte original.

---

des anciennes Facultés de médecine, lequel fut à la fois historien, médecin et artiste. Cette étude, qui dénote une grande érudition de la part de l'auteur, est basée principalement sur l'étude des sceaux des anciennes Facultés.

La qualité de médecin, attribuée à saint Luc, ne paraît pas douteuse. On sait, en effe t par la tradition que : « saint Luc » exerçait la médecine à Antioche lors des prédications de saint Paul dans cette ville. Lettré, médecin, et artiste tout à la fois, saint Luc, converti, devint le disciple fidèle et ardent du grand apôtre, qu'il suivit partout et dont il partagea les travaux apostoliques. Cette croyance, d'ailleurs, repose sur le texte même de saint Paul dans son épître aux Colossiens : *Salutat vos Lucas, medicus clarissimus*, chap. IV, 141 (choisi comme épigraphe et gravé en l'an de grâce 1884, sous le sceau de la Société médicale de Saint-Luc, Saint-Côme et Saint-Damien par M. G. Rohault de Fleury). « Saint Jérome, de son côté (cité également par Chateaubriand dans son *Génie du Christianisme*), assure que saint Luc excellait dans la profession de médecin, et qu'il ne cessa de l'exercer qu'à la fin de sa vie, au milieu des occupations et des traverses de la prédication évangélique. »

Quant à l'époque à laquelle saint Luc fut considéré comme le patron des Facultés, elle remonte fort loin. A cet égard, M. Douchez rappelle comment les choses se passaient à la Faculté de Montpellier.

« En 1407, dit Corlieu, un banquet somptueux eut lieu le jour de la saint Luc aux dépens de la confrérie. » Le cardinal d'Estouteville, lors de la réforme de l'Université, demanda en 1452 la suppression de ces festins qui souvent dégénéraient en rixes, témoin

— La Société de chirurgie a commencé une intéressante discussion sur les dangers des injections de cocaïne.

M. Berger a signalé un cas de mort survenu dans son service à la suite d'une injection, dans une tunique vaginale pour hydrocèle, d'une solution au 200°. C'est la onzième fois que M. Richardière fait l'autopsie médico-légale de sujets morts à la suite d'injections de cocaïne. Les accidents deviennent donc fréquents. Il serait bon d'être un peu plus prudent dans l'emploi de cet excellent médicament, qui a déjà rendu de grands services comme anesthésique local, et qui devra en rendre encore. Nous reviendrons, du reste, sur cette question. — L.-H. P.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 décembre 1891. — Présidence de M. Tarnier.

Prix de l'Académie pour 1891 (1).

Service des eaux minérales. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'intérieur a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales de la France, pendant l'année 1889 :

Médaille d'or. — M. le docteur Bourgarel à Pierrefonds (Oise).

Rappel de médaille d'or. — M. Lacour-Eymard, pharmacien-major de 1re classe à la Direction du service de santé du 4e corps.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Belugou, à La Malou (Hérault); Chauvet, à Royat; Frémont, à Vichy; Delastre, médecin à Brides-les-Bains (Savoie); Mabboux, à Contrexéville (Vosges).

Rappels de médailles d'argent. — MM. les docteurs Challan, médecin principal de 1re classe; Chiais, à Évian (Haute-Savoie); Percepied, au Mont-Dore; Planche, à Balaruc (Hérault); Rodet, médecin à Vittel (Vosges).

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

l'accident arrivé, le 13 décembre 1032, à Pierre Lecomte, blessé à l'œil par l'envoi de projectiles, lancés à la fin du banquet.

Quelques années plus tard, rapporte le docteur Gordon (de Montpellier), le 18 octobre 1521, fête de la saint Luc, un banquet non moins mémorable était organisé à Montpellier par les soins de F. Rabelais. Trente docteurs régents de la ville de Montpellier répondaient à l'invitation de maître François Rabelais, préposé de droit en vertu de ses connaissances culinaires à l'organisation du festin où, dit-on, l'auteur puisa l'inspiration de son souper pantagruélique.

Comme bien on pense, le dîner fut gai. Toujours plaisant, maître François avait commandé deux perdrix pour satisfaire les appétits voraces de son ami « Faucon ». Le dîner fini, un concert de flûtes vint charmer les convives. Pour clore la fête, Rabelais improvisa la comédie suivante :

Le sujet mérite d'être rappelé : « Il s'agit d'un bon mary qui avoyt espousé une femme mute, il vouloyt que elle parlast! Elle parla par l'art du médecin et du cyrurgien, qui luy coupparent ung encyliglotte que elle avoyt soubs la langue. La parole recouverte, elle parla tant et tant que son mari retourna au médecin pour remède de la faire taire. Le médecin respondist en son art bien avoir remesde propres pour faire parler les femmes, n'en avoir pour les faire taire ; remède unicque estre surdité du mary contre cestuy interminable parlement de femme.

« Le paillard, ajoute Rabelais, devint sourd par ne scay quels charmes que ils furent. La femme voyant que il estoy sourd depuis qu'elle parlait en vain, de lui (n'estoyt

Médailles de bronze. — M. Bretet, pharmacien à Vichy; MM. les docteurs Cornillon, à Vichy; Forestier, à Aix-les-Bains (Savoie); Laussedat, à Royat; Morisson, à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains.

SERVICE DES ÉPIDÉMIES. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'intérieur a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1890 :

Médailles d'or. — MM. les docteurs Chabenat, médecin des épidémies de l'arrondissement de La Châtre (Indre); Fiessinger, à Oyonnax (Ain).

Rappels de médailles d'or. — MM. les docteurs Alison, de Baccarat (Meurthe-et-Moselle); Jacques Bertillon, chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris; Coustan, médecin-major de 1re classe au 122e de ligne, à Montpellier; Gerlier, à Ferney-Voltaire (Ain); Jablonski, médecin des épidémies de l'arrondissement de Poitiers; Marvaud, médecin principal de 1re classe à Lyon; Teissier (de Lyon).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Balestre, directeur du bureau municipal d'hygiène et de statistique de la ville de Nice (Alpes-Maritimes); Catelan, médecin sanitaire de France à Alexandrie (Égypte); Coiffier, au Puy (Haute Loire); Courrent, de Tuchan (Aude); Dubrulle, médecin-major au 116e de ligne; Duvernet (de Paris); Henri Favier, médecin-major au 5e régiment de dragons, à Compiègne; Fleury, médecin du bureau d'hygiène et de statistique de la ville de Saint-Etienne (Loire); Gleize, médecin-major de 2e classe, à Tizi-Ouzou (département d'Alger); M. Jenot, médecin à Dercy (Aisne); MM. Louis Masson, inspecteur du service d'assainissement du département de la Seine; Paul Roux, sous-chef de bureau de l'hygiène publique au ministère de l'intérieur.

Rappels de médailles d'argent, — MM. les docteurs Bompaire, à Millau (Aveyron); Carlier, médecin-major de 2e classe au 74e de ligne; Darolles, à Provins (Seine-et-Marne); Frilet, médecin-major à Sousse (Tunisie); Geschwind, médecin-major de 1re classe à Mostaganem; Hébert, à Audierne (Finistère); Leclercq, à Arras (Pas-de-Calais); Longet, médecin-major, à Givet (Ardennes); Schoull, médecin-major de 2e classe, à Tunis; Sicard, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Béziers (Hérault); Torthe, médecin-major à Agen.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Bidon, de Marseille (Bouches-du-Rhône); Butterlin, à Baume (Doubs); Chonnaux-Dubisson, à Villers-Bocage (Calvados); Gerbault, médecin-major de 1re classe au 10e de ligne, à Auxonne (Côte-d'Or); Émile Girat, à Neuvy-Saint-Sépulchre (Indre); Larue, médecin-major de 2e classe au 106e de ligne; Albert Lévy, médecin-major à Aumale (Algérie); Magnant, à Gondrecourt (Meuse); Marix, médecin-major de 2e classe au 103e de ligne; Maurice Mercier, médecin-major de

---

entendue devint enragée. Puys, le médecin demandant son salaire, le mari respondit que il estoyt vrayement sourd et que il n'entendoyt sa demande. Le médecin lui jicta on doz ne scay quelle poudre par les vertus de laquelle il devint fol. A donc que le fol mari et la femme enraignée se ralliarent ensemble et tant battirent les médecins et cyrurgiens que ils les laissarent à demi-morts. »..... Ainsi finit la comédie, conclut Rabelais.

La Fontaine n'en a-t-il pas profité pour en faire une jolie fable? Je l'excuse, car, au moins, il n'y a pas fait intervenir les médecins pour les ridiculiser.

Le travail de M. Dauchez, complété par un grand nombre d'illustrations, intéressera tous les médecins.

*
* *

Combien de dents un dentiste peut-il extraire séance tenante?

Sur cette question, nous trouvons, dans un journal américain, la communication suivante : « M. Thomas Sneel a extrait, pendant son séjour à Kimberley (Amérique du Sud), chez un grand personnage de cet Etat, 27 dents en cinq minutes. M. Sandford-Barton (d'Oxford) a extrait, il y a quelque temps, 25 dents à la fois sans anesthésie; pendant l'opération, le patient était tellement à l'aise qu'il a lui-même aidé le dentiste à recueillir dans sa main les dents extraites. M. Griffin (de Leigh) a extrait 21 dents à une dame de 24 ans. »

A propos de cette communication, le docteur F. S..., constate, dans le *Tits-Bits*, que le regretté M. Jewens (de Plymouth) a extrait, à un instituteur, 31 dents, la 32e ne

2e classe au 90e de ligne; Millet, à Noyon (Oise); Perronet, à Cherchell (Algérie); Paul Raymond (de Paris); Émile Sudour, médecin-major de 2e classe au 15e de ligne; Thonion, à Annecy (Haute-Savoie); Tueffert. de Montbéliard (Doubs); Véron, médecin-major à l'Ecole d'application de Fontainebleau.

Rappels de médailles de bronze. — MM. les docteurs Delamare, médecin-major de 2e classe au 32e de ligne, à Châtellerault (Vienne); Robert, médecin-major à Verdun (Meuse).

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — M. le ministre de l'intérieur met annuellement, à la disposition de l'Académie de médecine, une somme de 2,000 francs destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel.

L'Académie accorde aux mémoires ou travaux, en dehors de la question de prix :

Médaille de vermeil. — MM. les docteurs Bournet, à Amplepuis (Rhône); Capelle, à Hermies (Pas-de-Calais); M. Ernest Carle, juge de paix à Nyons (Drôme); M. le docteur Mazade, inspecteur départemental des Bouches-du-Rhône, à Marseille.

Rappel de médailles de vermeil. — M. le docteur Blache (de Paris); MM. Pierre Fleury (à Vannes), inspecteur départemental; Jenot, médecin à Dercy (Aisne); MM. les docteurs Picard, à Selles-sur-Cher (Loir-et-Cher); Regnoui, à Villeneuve-la-Guyarde (Yonne); Séjournet, à Revin (Ardennes).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Biron et Testelin, d'Argenteuil (Seine-et-Oise); Coffignon, à Marle (Aisne); Delobel, à Noyon (Oise); Dumée, à Nemours (Seine-et-Marne); Grosjean, à Montmirail (Marne); Gierszynski, à Ouarville (Eure-et-Loir); Picard, à Lagny (Seine-et-Marne); M. Savouré-Bonville, inspecteur départemental à Evreux (Eure); MM. les docteurs Toussaint, à Argenteuil (Seine-et-Oise); Van Merris, médecin en chef des salles militaires de Tours.

Rappels de médailles d'argent. — M. le docteur Carassus, de Milly (Seine-et-Oise); M. Delage, inspecteur des enfants assistés de la Gironde, à Bordeaux; M. le docteur Driard, à Moret-sur-Loing (Seine-et-Marne); M. Lelimouzin, inspecteur départemental de la Loire-Inférieure, à Nantes.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Brun, à Ladon (Loiret); Czajewski, à Orléans; Durand, à Saint-Martin-d'Auxigny (Cher); M. Edelga, inspecteur départemental du Var, à Draguignan; M. le docteur Gaudeffroy, à Vatan (Indre); MM. Parizot, inspecteur déparlemental du Doubs, à Besançon; Steffe, inspecteur départemental de l'Aube, à Troyes; M. le docteur Surbled, à Corbeil; M. Tourneur, inspecteur départemental de l'Orne, à Alençon,

---

fut pas extraite parce qu'elle n'existait plus. L'opération fut faite sous les yeux de l'auteur, qui était chargé d'anesthésier le malade par le chlorure de méthyle. Quelques heures après l'opération, le malade s'occupait de ses affaires comme s'il n'y avait rien eu d'extraordinaire.

Le correspondant du même journal ajoute que le meilleur dentiste d'aujourd'hui, en Europe, pour les extractious, est, sans doute, le moine Fra Orseuico (de Rome), qui extrait les dents par le procédé japonais, c'est-à-dire sans instruments, à l'aide du pouce et l'index. Il fait, chaque jour, presque 100 extractions; mais il y a des journées où il arrive à 400; dans sa chambre sont placées deux grandes boites ouvertes où se trouvent beaucoup de milliers de dents de toute sorte.

Voilà, certes, le plus grand vainqueur de ce tournoi. Quel pouce! Quel index! Quel dentiste! SIMPLISSIME.

LAVEMENT NUTRITIF. — Watkins.

Œuf..................................	N° 1.
Jus de viande........................	25 à 30 grammes.
Eau-de-vie vieille...................	10 à 30 —
Thé de bœuf salé.....................	q. s.

pour un lavement de 120 à 180 grammes. — N. G.

Service de la vaccine. — *Prix et médailles accordés à MM. les médecins-vaccinateurs pour le service de la vaccine, en 1890.*

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'intérieur a bien voulu accorder :

1° Un prix de 1,500 francs à partager également entre MM. les docteurs Coiffier, docteur en médecine, au Puy (Haute-Loire); Adrien Schmit, médecin-major au 20e du train des équipages militaires, à Versailles (Seine-et-Oise); Thomas, médecin-major de 1re classe, à l'hôpital militaire de Bordeaux (Gironde).

2° *Quatre médailles d'or.* — MM. les docteurs Georges Carlier, médecin-major de 2e classe au 74e régiment de ligne à Evreux (Eure); L. Dupeyron, médecin-major de 2e classe au 66e de ligne, à Tours (Indre-et-Loire); Joseph Guirard, médecin-major de 1re classe, en retraite, à la Villegros (Morbihan); Huguenard, médecin-major au 6e régiment de hussards, à Bordeaux (Gironde).

3e *Cent médailles d'argent.* — MM. Alirol (Le Puy), Aucopt (Doyet), Barbarin (Briançon), Bardy (Belfort), Barret (Chabanais), Mlle Belette (Lubersac), MM. Bergerat (Neuilly-le-Réal), Blayac (E.) (XVIIe arrrondissement de Paris), Boudard (A.) (Marseille), Brallet (E.) (Au Tillot), Braunberger (XXe arrondissement de Paris), Mme veuve Burelier (Roanne), MM. Calmette (A.) (Saïgon), Camus (Fernand) (Rennes), Carton (Souk-el-Arba), Cassedebat (Marseille), Chabaud (Janjac), Chenet (XXe arrondissement de Paris), Chonnaux-Dubisson (Villers-Bocage), Ciaudo (Nice), Mme Cossin (Caroline), femme Genot (Mirecourt), MM. Coudour (Saint-Ramber), Courrent (P.) (Tuchan), Cuq (Antonin) (Pau), Decourtieux (Noyelles-sous-Lens), Mmes Delage-Mommalier (Bordeaux), Delpy (Marion) (Suc), Dinard (Bourges), M. Dubiquet (Lille), Mme Dumas (Bourg-Argental), MM. Duvernet (VIIe arrondissement de Paris), Fabre (Le Puy), Ferrand (Saint-Barnabé-Marseille) Fidel (Saint-Romain), Fleury (de) (Angoulême), Fontan (Saint-Jean-de-Mont), Fouquet (Vannes), Frouin (Saint-Nicolas-du-Pelem), Fuzet du Pouget (Casteljau), Mme Gaucher (Vierzon-Ville), MM. Gerbault (Arthur-Joseph) (Auxonne), Germa (Georges) (Canet), Giresse (Paris), Gosin (Antibes), Greuell (Gérardmer), Grivet (Versailles), Mlle Hanicot (VIe arrondissement de Paris), MM Hellet (Clichy), Jaubert (Michelet), Mmes Jauze (Virginie) (Tarascon), Laborde (Bergerac), Lafitte (Clotilde) (Salies-de-Béarn), MM. Lagarde (Montauban), Lalage (Paul) (Albi), Lamarche (Au Buis), Laurens (Magescq), Laurent (Briey), Laurent (E.) (Versailles), Mme Lemaire-Demessine (Lille), MM. Lequeré (Callac), Liron (Fort-National), Mangenot (XIIe arrondissement de Paris), Marcaillou d'Aymeric (Blida), Massina (Au Boulou), Massot (Joseph) (Perpignan), Maze (Le Havre), Ménard (Feurs), Mercier (Adolphe-Emmanuel) (Besançon), Mesnard (Tourriers), Mordret (Le Mans), Mouchet (Sens), Nodet (Chambon), Pauliot (Confolens), Pernet (Victor-Joseph-Léon) (Rambervillers), Perret (Romans), Perronnet (Cherchell), Peton (Saumur), Piedpremier (Ferdinand) (Méchéria), Plonquet (Ay), Poujol (Antibes), Pourquier (Montpellier), Rigodon (Montbrison), Roquemaure (Fréjus), Sahut (Gannat), Mmes Salque (Monfaucon) Salvazet (veuve) (Meymac), Sandrart (Célestine) (Lille), M. Sartre (Lavelanet). Mme Sauvage-Lavabre (Lille), MM. Souligoux (Vichy), Sudour (Emile) (Carcassonne), Thominet (XIXe arrondissement de Paris), Thoumas (XIXe arrondissement de Paris), Mme Trotignon (Marie), femme Bataille (Châteauroux), M. Vals (Baixas), Mme Van Wédinghen (VIe arrondissement de Paris), M. Vedel (Lunel), Mlle Vincent (Marie) (Pradelles), MM. Welling (de) (Rouen), Zaleski (L.) (Alais).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 décembre. — Présidence de M. Labbé.

Sommaire : *Hémispasme facial. — Une épidémie de grippe à la maison de retraite Chardon-Lagache. — Des infections par le bacterium coli commune. — Un cas de syringomyélie.*

M. Rendu lit une lettre de M. Laboulbène au sujet de la récente communication de MM. Variot et Raoult sur les tatouages des piqueurs et rhabilleurs de meules. M. Laboulbène avait depuis longtemps décrit ces tatouages et fait ressortir leur importance au point de vue médico-légal; pour leur mode de production, il était arrivé aux mêmes conclusions que M. Variot.

— M. Debove, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, rapporte un fait d'hémispasme facial analogue à celui de M. Rendu, mais avec cette particularité que le malade avait en outre du nystagmus.

— M. Comby a observé, en novembre dernier, à la maison de retraite Chardon-Lagache, une épidémie de grippe assez grave. Pendant la grande épidémie de 1889-1890, cette institution avait été peu éprouvée. A Sainte-Périne, au contraire, la maladie avait fait de nombreuses victimes. Cette fois, Sainte-Périne a échappé complètement à l'épidémie, tandis que, sur 142 pensionnaires de Chardon-Lagache, 28 ont été atteints et 7 sont morts. Donc le cinquième de ces pensionnaires a été frappé et le quart des malades a succombé.

Pour donner une idée de la gravité de cette épidémie, M. Comby compare la mortalité de l'établissement pendant les dix premiers mois à celle du onzième : du 1er janvier au 1er novembre, il y a eu 7 morts; pendant novembre, il y en eut 8. La grippe aurait donc plus que décuplé la mortalité habituelle.

La gravité de l'épidémie a tenu surtout à l'état des individus qu'elle a frappés, c'est-à-dire des vieillards fatigués, affaiblis par l'âge, les infirmités, les maladies antérieures.

Dans tous les cas, le tableau symptomatique a été le même et a présenté quelques particularités. Le début était brusque; le malade était pris de céphalalgie, de malaise, d'inappétence; l'état saburral était très prononcé. En même temps, dès les premiers jours, chez ceux qui toussaient auparavant comme chez ceux qui ne toussaient pas, on trouvait des signes de bronchite et surtout une expectoration purulente très abondante. Quelques-uns présentèrent des signes de catarrhe suffocant. Les symptômes nerveux étaient peu accusés, et la température s'élevait rarement au-dessus de 39°. Cela tient, sans doute, à l'âge des malades et à leur état antérieur, la plupart étant des emphysémateux prédisposés aux localisations respiratoires de la maladie.

M. Netter a examiné les crachats recueillis à Chardon-Lagache. Le pneumocoque y fut trouvé constamment, quoique les malades fussent pour la plupart indemnes de pneumonie. Quatre seulement avaient des symptômes bien nets d'hépatisation pulmonaire; tous les autres étaient atteints de bronchite suppurée. On pouvait donc s'attendre à rencontrer dans les crachats de nombreuses colonies de streptocoques ou les autres agents de la suppuration; or, dans la plupart des cas, le pneumocoque était presque à l'état isolé. La grippe semble donc avoir exalté la virulence du pneumocoque.

L'épidémie de Chardon-Lagache ne s'est point étendue à l'institution de Sainte-Périne, qui est voisine et dont le personnel médical est le même; elle ne s'est point non plus étendue à la population d'Auteuil. On ne prit cependant aucune mesure prophylactique. Comment la grippe a-t-elle pénétré à Chardon-Lagache? Est-elle due à l'apport de nouveaux germes ou à la reviviscence de germes anciens laissés par l'épidémie de 1889-1890? On ne peut faire que des conjonctures à cet égard.

Parmi le personnel de l'institution, une seule religieuse de 32 ans fut frappée. Dans ce cas, les symptômes furent bien différents. Chez elle, pas de coryza, pas de bronchite, pas d'expectoration; début par une céphalalgie atroce, par du lombago, par un anéantissement complet, suivi de vomissements incessants, de telle sorte qu'on aurait pu songer à la variole, si la notion épidémique n'avait imposé le diagnostic de grippe.

Voici le traitement employé dans la plupart des cas : alimentation par le lait stérilisé et les potages, vin, potion de Todd, quinquina, café, etc. La quinine a été prescrite dans tous les cas à la dose de 1 gramme par jour; l'antipyrine a été associée plusieurs fois à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme. La dyspnée était combattue par les inhalations d'oxygène, les ventouses sèches, l'éther. Le chlorhydrate d'ammoniaque, recommandé par M. Marotte, a été, dans plusieurs cas, très efficace; il agissait favorablement sur le catarrhe bronchique et sur la dyspnée qui l'accompagne.

M. Barié a observé lui aussi, à l'hospice des Ménages, une petite épidémie de grippe; dans un grand nombre de cas, l'affection se compliqua de broncho-pneumonie. L'examen des crachats révéla presque toujours la présence, à côté du pneumocoque, des micro-organismes ordinaires de la suppuration.

— M. Chantemesse : Le bacterium coli commune, que l'on pourrait aussi appeler coli-

bacille, étudié pour la première fois par Escherich, en 1884, fut tout d'abord considéré comme un simple saprophyte du tube digestif. Mais, depuis deux ans, de nombreux travaux ont démontré que ce micro-organisme pouvait, dans certaines circonstances, pénétrer dans les tissus et acquérir des qualités pathogènes. Les symptômes varient suivant les localisations, et les états pathologiques engendrés par ce microbe se présentent sous des formes cliniques très diverses. En réunissant toutes les observations encore éparses, on arrivera facilement à décrire les diverses infections causées par le bacterium coli commune, aujourd'hui surtout qu'il n'est plus permis d'admettre, comme l'avaient fait quelques bactériologistes, l'identité de ce dernier microbe et du bacille typhique.

M. Chantemesse vient d'observer, avec MM. Widal et Legry, deux de ces faits d'infection. Dans le premier cas, il s'agit d'un vieillard qui entre à l'hôpital Necker avec tous les signes cliniques du choléra nostras à la période algide. Il succombe en quelques heures. A l'autopsie, faite peu d'heures après la mort, teinte hortensia du gros intestin grêle; psorentérie, ecchymoses sur quelques plaques de Peyer; rate normale, foie et reins petits et mous. Les cultures avec les parenchymes restent stériles, mais dans les matières fécales, dans les parois de l'intestin, le péritoine, la bile, on trouve le coli-bacille avec ses caractères typiques et doué d'une grande virulence quand on inocule les cultures aux animaux. Ce fait paraît confirmer les observations de MM. Gilbert et Girode sur la pathogénie du choléra nostras.

Parmi les infections cholériformes dues au coli-bacille, il faut placer les phénomènes septiques qui compliquent l'obstruction intestinale; lorsque une hernie s'étrangle brusquement, on voit apparaître des accidents qui constituent ce qu'on a appelé le « choléra herniaire ». M. Verneuil avait autrefois émis l'idée que le liquide contenu dans le sac herniaire devait renfermer des matières toxiques et irritantes, et il recommandait la désinfection soigneuse du sac, de l'anse étranglée et de l'épiploon avant même de procéder à l'exploration de l'anneau et au débridement. Les recherches de Nepveu, de Clado, de Laruelle ont, depuis, démontré que le bacterium coli commune traversait, en effet, dans ces cas, la paroi intestinale, même en dehors de toute ulcération, et venait pulluler dans le liquide du sac herniaire et dans la sérosité de la cavité péritonéale, produisant alors tantôt des phénomènes cholériformes, tantôt des accidents d'une évolution plus lente où la fièvre et la péritonite avaient le temps de se montrer.

Dans le deuxième fait d'infection par coli-bacille, il s'agit d'une femme enceinte de quatre mois, atteinte d'obstruction intestinale par rétroversion utérine. Bientôt apparaissent de la fièvre et des phénomènes de péritonite. On réduit la rétroversion, l'état semble s'améliorer, mais la malade avorte, et, deux jours après, les phénomènes fébriles reparaissent. On fait le curetage; des lambeaux fétides de la muqueuse utérine donnent des cultures pures de coli-bacille. La malade succombe. A l'autopsie, on trouve une adhérence de l'intestin à l'utérus avec abcès péritonéal. Dans ce pus, dans le sang du cœur, dans l'utérus, etc., on trouve à l'état de pureté le bacterium coli commune.

Cette observation démontre que l'utérus gravide en rétroversion peut, en comprimant l'intestin, en altérer les parois et permettre ainsi la migration du coli-bacille; elle est, de plus, un exemple de pseudo-fièvre puerpérale, différente de l'infection puerpérale vraie, à porte d'entrée utérine, toujours causée par le streptocoque, et analogue à ces pseudo-fièvres puerpérales où l'on trouve un bâtonnet et où la porte d'entrée n'est pas l'utérus, mais la vessie.

Le bacterium coli commune peut, dans d'autres cas, remonter dans les voies biliaires et produire la cholécystite, l'angiocholite suppurée, des abcès du foie. Il peut émigrer plus loin encore et déterminer un foyer de suppuration dans le corps thyroïde ou une méningite suppurée. La plupart des observations de méningite suppurée publiées en ces dernières années, et dans lesquelles on a incriminé un bacille pseudo-typhique, sont des cas de méningites par coli-bacille. Enfin, tout récemment, M. Sevestre a rapporté à la Société un cas remarquable de méningite due à ce même microbe.

Le bacterium coli commune pourrait même se retrouver dans l'épanchement des pleurésies purulentes; M. Chantemesse a ainsi observé dans deux cas, en 1889, un mi-

crobe présentant tous les caractères du coli-bacille, mais il n'osa pas, à cette époque, attribuer à ce dernier la production de la pleurésie purulente.

Ce bacille garde toujours ses caractères propres et ne peut être confondu avec le bacille d'Eberth; jamais, d'ailleurs, il ne détermine les lésions anatomiques de la dothiénentérie. Mais il peut, comme le streptocoque ou le staphylocoque, provoquer des infections secondaires chez le typhique, le dysentérique, le cholérique. Le bacille qu'Emmerich, en 1884, à Naples, retira, aussitôt après la mort, des organes des malades ayant succombé au choléra asiatique, fut identifié par Weisser avec le coli-bacille. Ce microbe avait sans doute déterminé des infections secondaires favorisées par la lésion préalable de l'intestin.

Après la mort, le coli-bacille peut se développer très rapidement, comme tous les germes intestinaux. Il faut donc soumettre tous les cas d'infection par le coli-bacille à une critique rigoureuse, rechercher, autant que possible, le microbe pendant la vie ou rapidement après la mort; il faut enfin le trouver en culture abondante, ou même en culture pure dans les lésions qu'il a produites.

Quant à la différenciation du bacille typhique et du coli-bacille, elle est facile à faire, grâce à un procédé employé récemment par MM. Chantemesse et Widal, et basé sur les propriétés fermentatives de l'un et de l'autre microbe. De la lactose ajoutée à un bouillon ordinaire contenant le coli-bacille fermente au bout de quelques heures passées à l'étuve à 35°; elle ne fermente pas avec le bacille typhique. En outre, du lait ensemencé avec ce dernier ne se coagule pas, aussi longtemps qu'on le laisse à l'étuve; le coli-bacile, au contraire, amène la coagulation en deux jours.

M. Desnos présente, en son nom et au nom de M. Babinski, une observation de syringomyélie. Il s'agit d'un homme de 35 ans, alcoolique et syphilitique. Début, en 1890, par des troubles parétiques très marqués des membres inférieurs, ayant atteint les membres supérieurs. Troubles trophiques, caractérisés surtout par l'atrophie des muscles des éminences thénar et hypothénar. Exagération des réflexes ; trépidation épileptoïde. Dissociation des sensibilités tactile et thermique au membre inférieur gauche. Légère scoliose. Pas d'antécédents ni de stigmates hystériques.

L'atrophie Aran-Duchenne, la sclérose latérale amyotrophique, le tabes, une myélite diffuse, l'hystérie, ne pourraient expliquer tous les symptômes observés. Il s'agit bien d'une syringomyélie. Quant à la syphilis, elle aura joué probablement le rôle d'une cause occasionnelle.

En raison des signes que présente le malade, on peut supposer que, dans la région lombaire, les cellules des cornes postérieures qui correspondent au membre anesthésié doivent être atteintes, et que, dans la région cervicale, ce sont, au contraire, les cornes antérieures. L'exagération des réflexes tendineux et l'épilepsie spinale paraissent indiquer une irritation des cordons latéraux, Il est à remarquer que les phénomènes paralytiques et spasmodiques, qui, ordinairement, dans la syringomyélie, ne sont que des phénomènes consécutifs, constituent, au contraire, dans le cas de M. Desnos, l'élément clinique prédominant; c'est donc là un fait original, une forme quelque peu anormale de la syringomyélie.

COURRIER

Enseignement médical dans les hôpitaux. — Les cours et conférences cliniques de MM. les médecins, chirurgiens et accoucheurs auront lieu dans l'ordre suivant (1) :

Necker. — Lundi, à neuf heures et demie : M. Horteloup, Visite des malades et opérations (pavillon Nélaton).

Mercredi, à neuf heures et demie : M. Rigal, Conférences cliniques au lit du malade (salles).

Jeudi, à neuf heures et demie : M. Rigal, Conférences cliniques au lit du malade

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

(salles); — à dix heures, M. Rigal, Spéculum (salles); M. Rendu, Clinique médicale (amphithéâtre de médecine).

Cochin. — Mardi et vendredi, à dix heures et demie : M. Schwartz, Clinique chirurgicale (réfectoire des malades, hommes).

Tous les jours, à neuf heures et demie : M. Quénu, Pathologie chirurgicale (annexe de la salle Bichat).

Beaujon. — Lundi, à neuf heures et demie : M. Théophile Anger, Leçons cliniques et opérations de gynécologie (pavillon Dolbeau).

Mercredi, à neuf heures et demie : M. Th. Anger, Clinique chirurgicale (amphithéâtre).

Samedi, à dix heures : M. Ribemont-Dessaignes, Leçons d'accouchement (amphithéâtre). A partir du 1er février 1892.

Tous les jours, à neuf heures et demie : M. Ribemont-Dessaignes, Conférences au lit du malade.

Lariboisière. — Lundi, à neuf heures : M. Peyrot, Clinique chirurgicale (au lit des malades).

Mardi, à neuf heures : M. Gouguenheim, Consultations, et à deux heures : Maladies du larynx et du nez (cours clinique), (salle d'examen du larynx).

Mercredi, à neuf heures : M. Landrieux, Clinique médicale; gynécologie (au lit des malades).

Jeudi, à neuf heures : M. Gouguenheim, Consultations; M. Landrieux, Clinique médicale; gynécologie (au lit des malades); M. Peyrot, Clinique chirurgicale (au lit des malades).

Samedi, à neuf heures : M. Gouguenheim, Consultations, et à deux heures : Maladies du larynx et du nez (cours clinique), (salle d'examen du larynx); — à dix heures : M. Raymond, Maladies nerveuses (salle Trousseau).

Tous les jours, à neuf heures : M. Duguet, Clinique médicale (au lit des malades); M. Raymond, Examen clinique (au lit des malades); M. Paul Berger, Pathologie chirurgicale (au lit des malades); — à dix heures et demie : M. Porak, Cours théoriques et conférences cliniques sur l'obstétrique (au lit des malades).

Tenon. — Lundi, à dix heures : M. Richelot, Gynécologie et cliniques chirurgicales (amphithéâtre des cours). — Commencera ses leçons le deuxième lundi de Pâques.

Mardi, à neuf heures trois quarts : M. Faisans, Maladies des voies respiratoires (amphithéâtre des cours). — A partir du 5 janvier 1892.

Mercredi, à neuf heures et demie : M. Oulmont, Pathologie clinique; maladies du système nerveux (amphithéâtre des cours).

Jeudi, à neuf heures et demie : M. Dreyfus-Brisac, Pathologie clinique (amphithéâtre des cours).

Vendredi, à dix heures : M. Cuffer, Conférences de clinique infantile (salle Valleix-crèche); M. Reynier, Clinique chirurgicale et gynécologie (au lit des malades).

Samedi, à neuf heures : M. Moizard, Conférences cliniques (au lit des malades); — à dix heures : M. Cuffer, Séméiologie et clinique médicale (amphithéâtre des cours).

Tous les jours, à neuf heures : M. Moizard, Visite et interrogatoires; — à dix heures, M. Félizet, Opérations.

(*A suivre.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction
Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.
Membres du Comité :
LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

La phénacétine.

I

Il y a trois phénacétines ou acetphénétidines qui ont été bien étudiées par Gaiffe.

La para-acetphénétidine allemande est une poudre blanche, brillante, sans saveur ni odeur. Insoluble dans l'eau chaude ou froide, elle est soluble dans l'acide acétique; 1 gramme se dissout dans 30 grammes d'alcool. L'acide lactique est un bon dissolvant (0,20 centigr. pour 1 gramme d'acide à 30°) et c'est ce qui explique l'absorption rapide du médicament dans l'estomac (Misrachi, Rifat).

La para-acetphénétidine française de Poirrier est en paillettes gris rosé, peu soluble à froid dans l'eau, soluble dans l'eau bouillante, mais précipitant au-dessous de 7°4. La solution alcoolique précipite sitôt qu'on ajoute de l'eau. D'après Schrœder, la phénacétine renferme toujours un peu d'acétanilide.

La formule de la para-acetphénétidine est :

$$C_6H^4 < \begin{matrix} O\,C_2\,H_5 \\ Az\,H\,(C\,H_3\,Co) \end{matrix}$$

L'ortho-acetphénétidine est en paillettes brillantes. On ne peut l'administrer dans l'eau, car elle précipite de la dissolution chaude dès que la température s'abaisse au-dessous de 44°. Mais l'alcool à 90° en dissout 1 gramme pour 3 grammes et l'eau ajoutée n'entraîne la précipitation du médicament qu'après plusieurs heures.

La méta-acetphénétidine est inférieure aux précédentes au point de vue thérapeutique et, de plus, difficile à préparer.

La para-acetphénétidine est la seule employée.

II

Misrachi et Rifat n'ont jamais eu d'accidents à enregistrer à la suite de l'usage de la phénacétine, et il en est de même de Gueissler. Un grand nombre de médecins ont été moins heureux.

Gaiffe a observé, dans 5 cas, des phénomènes plus ou moins graves. Chez 3 malades (1 tuberculose, 2 rhumatismes), il vit se produire des sueurs profuses. Dans 1 de ces cas, les sueurs disparurent lorsqu'on eut substitué la phénacétine française à celle d'origine allemande; dans les 2 autres, cette substitution n'amena pas de modifications dans la diaphorèse; 2 de ces malades se plaignirent de douleurs à l'épigastre, de nausées, de diarrhée, d'abattement.

Pour Dujardin-Beaumetz, quand, chez des personnes impressionnables, on dépasse 2 et 3 grammes, il peut se produire des vertiges, de la lourdeur de tête, une sensation de refroidissement.

Un malade de Lindeman, qui avait pris pour une migraine 1 gramme de phénacétine, eut des vertiges, des nausées et du tremblement des membres ; le mal de tête s'accrut. Tous les symptômes s'aggravèrent après l'administration d'une nouvelle dose et la cyanose apparut.

Koller a observé un cas d'hypothermie.

Rifat, dans un deuxième mémoire, a noté trois sortes d'accidents secondaires. Pour lui, les transpirations abondantes sont la règle, quand les malades (rhumatisme) ont une haute température ; les sueurs disparaissent quand le thermomètre s'abaisse. La cyanose est très rare, mais on peut observer des phénomènes urémiques lorsque les reins sont déjà malades ; il y a alors, entre autres symptômes, une suppression presque complète de l'excrétion urinaire. Cesari et Burani n'ont noté aucune modification de la sécrétion rénale ; il y a simplement une coloration plus foncée des urines.

A la suite de l'administration de 1 gramme de phénacétine par jour, Valentin a observé un exanthème fébrile. Les taches étaient profuses sur les membres, plus discrètes sur le tronc, Elles disparaissaient à la pression. Il y avait en même temps du mal de tête et de la chaleur de la face.

Muller a observé la cyanose : on pourrait l'éviter en ne donnant pas plus de 4 grammes en vingt-quatre heures. Il n'y a pas de bourdonnements d'oreille ni de vomissements.

Masius a vu se produire des accidents même avec des doses peu élevées. Ces accidents, grand malaise, cyanose, frissons, élévation brusque de la température, ressemblent à ceux que produit l'acétanilide, mais ils ne sont ni aussi intenses ni aussi durables. Tripolos a noté les mêmes effets secondaires fâcheux.

Dans un cas de Collischen, il y eut des vomissements.

Malgré tout, les accidents sont moins fréquents avec la phénacétine qu'avec l'acétanilide et l'antipyrine et, comme ils sont aussi moins graves, on peut manier le médicament sans trop de crainte.

III

Les premières recherches sur l'emploi de la phénacétine comme *antipyrétique* sont dues à Kast et Bamberger. Avec des doses de 0,50 à 0,70, ils ont abaissé la température de 2° à 2°5. Par contre, Hoppe n'avait pu faire descendre la température que de quelques dixièmes avec des doses de 2 grammes par jour.

Lépine a employé le médicament, dans la fièvre typhoïde, avec succès en le donnant à la dose de 3 à 4 grammes.

Pesce a étudié le médicament avec soin. L'abaissement de la température se produit lentement, ainsi que son élévation subséquente. Avec 0,50, on obtient un abaissement de 2 à 3 degrés, surtout si l'on administre la dose en une fois. Le seul phénomène secondaire est la production de sueurs.

Gaiffe a expérimenté l'ortho-acetphénétidine. Il faut l'administrer à doses plus fortes que la para et elle semble donner d'assez bons résultats.

C'est la para-acetphénétidine qu'il a employée presque toujours. 112 cas

ont donné 95 succès, 12 insuccès et 5 cas douteux (Misrachi, Gaiffe), et Rumpf a eu aussi d'excellents résultats.

L'*action sur la température* ne se produit que lorsqu'il y a de la fièvre.

Des doses de 0,30 à 0,70, répétées plusieurs fois par jour, ont permis à Kolsler d'abaisser la température de 1°5 à 2°5.

Dans des fièvres intermittentes, Misrachi et Rifat ont obtenu de bons résultats avec des doses de 0,60 à 0,70. Chez un enfant de 2 ans atteint de pneumonie, 30 centigrammes firent baisser la température de 0,39 à 30°5. Gaiffe a vu une dose de 0,20, donnée à un enfant de 15 ans atteint de fièvre typhoïde, maintenir la température du soir au-dessous de 38°.

Le pouls ne semble pas influencé,

L'action sur l'état général est bonne et les malades accusent souvent un grand bien-être.

D'après Muller, 0,50 à 0,60 suffisent généralement pour ramener la température à la normale. Roe l'a vu agir merveilleusement à des doses de 0,25 à 0,60 et les effets seraient même plus marqués et plus durables que ceux de l'antipyrine, opinion qui est loin d'être partagée par Huchard et par Masius.

Ce dernier a employé la phénacétine comme antipyrétique dans la fièvre typhoïde, la tuberculose pulmonaire, la fièvre puerpérale, la pneumonie, etc., à la dose de 50 à 75 centigrammes en poudre, que l'on peut répéter plusieurs fois. Il est rarement nécessaire d'atteindre à 1 gramme.

Dans la tuberculose pulmonaire, on obtient presque toujours une chute de la température, qui est de peu de durée. Les transpirations ne manquent jamais. Pour Masius, les effets de l'antipyrine se prolongeraient plus longtemps.

Hirsfelder préconise le médicament dans les fièvres aiguës. Il l'a vue souvent inefficace dans les fièvres chroniques, car l'organisme s'y habituerait facilement.

Gueïssler a employé la phénacétine, chez 18 fébricitants (2 pleurésies, 1 pneumonie, 1 néphrite et 14 fièvres typhoïdes), à la dose de 0,50 par jour. A doses fractionnées, le médicament agissait moins bien. D'après les observations, quand le pouls et la respiration sont augmentés de fréquence, le médicament les ralentit. L'état général s'améliore.

G. Sommer est arrivé à des conclusions identiques à celles de Gueissler. Les fièvres typhoïdes, traitées par la phénacétine, seraient même remarquablement bénignes.

D'après Heusner, 1 gramme de phénacétine équivaut à 1/2 gramme d'antifébrine et à 2 grammes d'antipyrine.

En résumé, la phénacétine est un antipyrétique probablement moins puissant que l'antipyrine, au moins par la durée de ses effets, mais elle est beaucoup moins à redouter dans les cas où le collapsus cardiaque peut se produire.

Le médicament a été trouvé efficace par Masius dans un grand nombre de cas d'*affections rhumatismales*; mais son action était passagère, et les récidives survenaient seulement quand on cessait le remède.

Horvath, dans des cas de rhumatismes rebelles au salicylate de soude, au salol et à l'antipyrine, a pu obtenir l'abaissement de la température et la disparition des douleurs avec des doses fortes de phénacétine (jusqu'à 3 grammes par jour).

Collischon recommande, de même, les doses élevées dans le rhumatisme,

autrement l'on échoue (4 grammes en deux ou quatre fois). Le rhumatisme articulaire aigu est celui qui est le plus influencé; les formes apyrétiques et surtout les formes musculo-articulaires sont les plus rebelles.

Rifat a aussi employé les hautes doses du médicament dans le traitement du rhumatisme aigu et blennorrhagique. Il a été jusqu'à 8 grammes en vingt-quatre heures (1 grammes toutes les trois heures). Si l'on supprime la médication trop tôt, il se produit des récidives. Les malades (16) n'ont pas eu de complications viscérales.

Dans 3 cas de rhumatisme blennorrhagique, le salicylate avait échoué; la phénacétine eût une action curative très rapide.

Pisa a vu le médicament agir comme analgésique aussi bien dans le rhumatisme aigu que dans le rhumatisme apyrétique.

L'action *analgésique* de la phénacétine est remarquable.

Misrachi et Rifat ont eu 79,6 p. 100 de résultats favorables, et V. Gaiffe 77 p. 100. Les maux de tête d'origine variée, le lumbago, les névralgies dentaires, les douleurs utérines, ont été traités avec succès. Le médicament peut réussir quand l'antipyrine a échoué.

Hoppe a employé la phénacétine dans 25 cas de névralgie et a presque toujours pu soulager la douleur, Rumpf a eu des succès avec des doses de 1 gramme dans les névroses vaso-motrices, les douleurs fulgurantes du tabès, les névrites chroniques.

Babuske a pu guérir un cas d'hémicranie rebelle avec des doses de 0,50 matin et soir. Les accès douloureux ont disparu après l'administration de 3 grammes.

Raineri a employé le médicament comme analgésique dans des maladies de la cornées (ulcères, abcès), dans l'iritis, le glaucome, la conjonctivite purulente. On peut aussi le prescrire avec avantage, lorsque, après les opérations faites sur les yeux, les malades se plaignent de céphalée ou souffrent de la plaie.

V

Katz a préconisé la phénacétine contre la *coqueluche*. Leubuscher, avec une dose de 0,50 donnée en deux ou trois fois en vingt-quatre heures, n'a jamais vu le nombre ou l'intensité des quintes diminuer. Par contre, Heimann a obtenu d'excellents effets du médicament, et il observa une réduction rapide du nombre des quintes. Mais, dès qu'on suspend le traitement, les accès de toux reviennent avec leur fréquence antérieure. Misrachi et Rifat ont obtenu l'amélioration des principaux symptômes dans un cas.

La phénacétine a encore réussi dans les *laryngites* (Misrachi et Rifat).

Dans la *laryngite striduleuse*, Montagne-Percival recommande de donner 0,10 toutes les heures; on peut rapidement faire cesser les accès, et les enfants s'endorment. Dans ces cas, il dut élever la dose à 0,25.

Jorissenne a essayé la phénacétine contre les angines inflammatoires et herpétiques; sauf la fièvre, les symptômes persistèrent.

Porcher considère le médicament comme un des meilleurs succédanés de la morphine dans les *insomnies*. Il faut donner, le soir, des doses de 0,40 à 0,60 que l'on peut répéter.

J.-P. Henry vante la phénacétine dans le premier stade de l'*influenza*. Elle abaisse la température, enlève le mal de tête et diminue notablement la courbature générale. Elle est supérieure à l'antipyrine, il faut donner 0,30 toutes les trois heures jusqu'à disparition des symptômes.

H. Weiss Clamow a confirmé les observations de Henry. Au début, il faut donner 0,30 à 0,80 et répéter une heure plus tard si les douleurs n'étaient pas supprimées; ensuite il suffit d'administrer le médicament toutes les quatre heures.

Waugh aurait pu enrayer deux cas de rougeole dans lesquels les symptômes de la période d'invasion étaient très nets avec une faible dose de phénacétine.

Misrachi et Rifat ont vu la phénacétine diminuer la quantité des urines dans la polyurie nerveuse.

Volkoff n'a rien obtenu dans le diabète.

On peut employer la phénacétine pour saupoudrer les ulcérations cancéreuses; dans quelques cas, on parviendra ainsi à diminuer momentanément les douleurs.

VI

Pesce a fait remarquer la grande tolérance de l'organisme pour la phénacétine. Il a pu l'administrer plusieurs jours de suite à des doses quotidiennes de 2 à 3 grammes sans inconvénient. Un de ses malades, atteint de névrite, prit, sans inconvénient, 36 grammes du médicament en douze jours.

Ayres recommande les doses de 0,42 à 0,60 quand on emploie le médicament comme antipyrétique et celles de 0,90 à 1 gr. 20 (en une fois) quand on recherche l'effet analgésique.

Heimann a donné 0,4 en quatre fois chez un garçon de 3 ans ; 0,3 en trois fois chez une petite fille de 2 ans; 0,20 en quatre doses chez un nourrisson de 7 mois. Il n'a pas observé d'accidents.

L'administration du médicament peut se faire en cachet ou bien on donne la poudre mélangée à du sucre.

Il nous faut signaler, en terminant, une impureté dangereuse de la phénacétine. On y trouve quelquefois une petite quantité de phénacétidine qui peut causer des inflammations du rein. Cette impureté tient à ce qu'il reste un résidu d'un des stades de la préparation.

Pour la découvrir, on met au bain-marie bouillant un tube contenant un peu de chloral hydraté et on ajoute ensuite un cinquième de phénacétine. Si celle-ci est pure, le mélange reste incolore et forme une masse diffuse; s'il y a de la phénacétidine, la masse devient rouge pourpre, puis passe au bleu en une demi-minute.

La phénacétine passe dans le lait des nourrices (Cesari et Burani).

Les modifications atmosphériques et la grippe.

La grippe fait de nouveau son apparition dans un grand nombre de pays. Est-elle en rapport avec certaines modifications météorologiques? Ce serait là une question intéressante à étudier, les conditions générales du développement de l'influenza étant encore très mal connues.

M. Masson a recherché, pendant l'épidémie de 1889-1890, les diverses modifications des éléments atmosphériques et a consigné ses recherches dans un mémoire qu'il a communiqué à la Société de médecine publique.

La période de plus grande mortalité par la grippe s'étendit, à Paris, de novembre 1889 au 1[er] février 1890. Or, la période de juin 1889 à juin 1890 a

été marquée par une pression relativement élevée, qui s'est tenue constamment au-dessus de 760mm, la pression moyenne étant de 755mm. Au mois de novembre, la moyenne a été de 769m,2, supérieur de 7m,8 à la normale. Le maximum absolu a été atteint le 20; ce jour-là, le baromètre est monté à 779m,8. Pendant toute la durée de l'épidémie, la pression s'est presque constamment tenue au-dessus de 765mm. D'après les résultats qu'il a recueillis dans les diverses capitales de l'Europe, M. Masson pense que la hausse si subite de la pression doit avoir été le point de départ de l'épidémie.

La température ne descendit pas, à Paris, au-dessous de — 5; et, pendant la première semaine de janvier, le thermomètre ne s'abaissa pas au-dessous de — 2.

Pendant l'épidémie, il ne tomba que fort peu d'eau; l'état hygrométrique moyen se tint constamment élevé et il dépassait 0°,80, au moment du maximum de la mortalité. A Vienne, l'humidité moyenne, pendant la même période, atteignit 0°,90.

La radiation est le rapport entre les rayons lumineux reçus en un lieu et les rayons qui seraient reçus si le ciel était pur de tout nuage; cet élément se fit remarquer par une baisse au moment du commencement de l'épidémie.

Du 10 novembre 1889 au 1er février 1890, les vents soufflèrent d'une façon générale du S. au S.-O., ce qui est le caractéristique moyen du vent à Paris.

Dans les diverses capitales de l'Europe, d'après les recherches de M. Masson, la grippe a, en général, coïncidé avec un temps humide, brumeux, un froid peu intense et une hausse insolite du baromètre. Il en a été ainsi à Vienne, à Berlin, à Bruxelles. Par contre, en Russie, où la grippe est endémique, la mortalité s'est élevée alors que le baromètre baissait et que le thermomètre se relevait. Cependant, il y a eu augmentation de l'humidité moyenne de l'air. A Saint-Pétersbourg, l'épidémie a disparu en même temps que la pression remontait et que le froid devenait plus vif.

M. Masson a montré par des diagrammes intéressants que les courbes de la mortalité et celles des oscillations de l'aiguille barométrique coïncident presque partout semaine par semaine. Il a vu qu'au maximum et au minimum de l'une correspondent ceux de l'autre; les zones de mortalité sont enserrées, pour ainsi dire, par les élévations de pression, sauf pour la Russie.

Les recherches de M. Masson méritent d'attirer l'attention, et il serait utile de recueillir le plus d'observation possibles, afin de voir si réellement la grippe obéit à certaines influences atmosphériques.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ DE THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE, par Emile FORGUES et Paul RECLUS.

Je ne sais plus quel médecin philosophe disait récemment qu'il fait bon vivre en un temps où la science a fait tant et de si belles choses.

Le bonheur et la fierté de cette constatation, nous venons de les éprouver en lisant le *Traité de thérapeutique chirurgicale* de MM. Paul Reclus et Emile Forgues (1).

(1) Deux volumes in-8° avec nombreuses gravures. — G. Masson, éditeur, 1892.

« La thérapeutique chirurgicale, disent les auteurs, dans une préface qui est un simple « chef-d'œuvre d'exposition, vient de se transformer.

« Il y a quinze ans au plus, l'acte opératoire créait un danger dont la mort était la « conséquence fréquente.

« La moindre dièrèse, une simple section de la peau pouvait ouvrir la porte à toutes « les complications des plaies.....

« Et cette léthalité n'était pas le châtiment de trop d'audace et d'intervention témé- « raire; jamais la chirurgie ne fut plus prudente; elle restreignait tous les jours son « domaine : l'opérateur se bornait à lier les vaisseaux divisés, à débrider les hernies « étranglées et à régulariser l s traumatismes graves.

« Pour saisir le bistouri, il fallait que la mort, une mort imminente, fût le résultat de « l'abstention. Toutes les grandes opérations qui sont la gloire de notre époque, on les « avait inaugurées ou entrevues; mais quelles justes clameurs eût soulevées le fou qui « les aurait tentées dans les villes où la septicémie était endémique. »

Ce sont ces grandes opérations, mais ce ne sont pas les grandes opérations seules, que nos auteurs ont entrepris de nous faire connaître, et ils nous exposent les ressources de l'intervention chirurgicale avec une discussion des indications et une description des procédés dont la précision et la clarté nous rendront à tous d'inappréciables services.

Dans tous les traités de pathologie chirurgicale (et je n'en excepte pas la grande œuvre dont Duplay et Reclus poursuivent ces temps-ci l'achèvement), si la pathogénie, la symptomatologie et le diagnostic sont traités avec une réelle perfection, le chapitre consacré au traitement est généralement moins complet.

Il y a là une lacune que Paul Reclus lui-même, le directeur du dernier et, par conséquent, du meilleur traité de pathologie externe, a saisie et qu'il s'est proposé de combler.

Ces deux forts volumes qu'il offre aujourd'hui au public, en collaboration avec le docteur Forgues (de Montpellier), représentent un traité de chirurgie dans la vieille acception du mot qu'employaient les anciens.

De la nature et des symptômes du mal, nos auteurs ne retiennent que les indications spéciales de tel ou de tel mode d'intervention.

On peut discuter l'ordre dans lequel les questions sont abordées; ce qu'on ne peut discuter, c'est la netteté de la méthode, c'est la sagesse de la critique, c'est cet ensemble de qualités reposantes qui procèdent d'une expérience éclairée, d'une érudition consommée et d'un grand bon sens.

Le premier volume comprend la chirurgie générale et la chirurgie des tissus.

Les cinquante premières pages, consacrées à l'antisepsie, constituent un manuel précieux pour le chirurgien.

Dans le chapitre consacré à l'anesthésie, Paul Reclus n'a pas manqué de décrire l'insensibilisation locale avec les solutions de cocaïne et d'entrer dans le détail minutieux d'une pratique que personne ne professe avec plus d'audace ni plus de succès que lui.

Les règles de l'intervention chirurgicale, à l'occasion des fractures du crâne, suivant que les signes en sont diffus ou circonscrits, immédiats ou tardifs, sont exposées avec une précision dogmatique.

La question du trépan, ainsi présentée, semble simple, et je ne crois pas qu'il soit possible de mieux résumer en une cinquantaine de pages la substance des nombreuses discussions auxquelles l'intervention chirurgicale a donné naissance depuis douze ans.

Nous avons, avec un grand plaisir, lu le chapitre consacré au mal de Pott; le médecin qui le lira trouvera dans ce court chapitre les indications qui règlent le traitement de la plus grave et de la plus déconcertante des tuberculoses osseuses.

Ce qui nous frappe surtout, et si nous répétons cet éloge, la faute en est aux auteurs dont nous signalons le travail, ce qui nous frappe surtout, c'est la netteté avec laquelle sont posées les questions d'intervention.

Voyez plutôt le chapitre du croup et de la trachéotomie.

« Deux facteurs dominent la thérapeutique de la diphthérie : la fausse membrane, « d'une part; l'intoxication organique, d'autre part. Et comme le danger de cette der- « nière semble résulter de la résorption des produits bacillaires, c'est sur la fausse « membrane, source du poison, que doit porter la désinfection locale avant tout. »

Citons, avec le regret de ne pas pouvoir insister, l'opération de l'empyème, le traitement des kystes du foie, le traitement des hernies et les pages consacrées à la cure opératoire de cette infirmité.

Il n'y a pas un médecin qui ne doive posséder, lire et relire l'ouvrage de MM. Reclus et Forgues. Cet le livre de chevet des praticiens.

C'est comme, nous l'avons dit, un traité de chirurgie dans l'acception véritable du mot.

Aujourd'hui que les principales discussions de nos Sociétés portent sur la question de savoir si c'est par la paroi abdominale ou par le vagin que les organes génitaux de la femme seront extirpés et que la grande habileté de nos collègues semble se cantonner exclusivement entre le rectum et la vessie, il est bon de voir paraître chez nous un ouvrage de chirurgie de la valeur de celui que nous avons sous les yeux.

MM. Reclus et Forgues n'auront pas, en publiant ce *Traité de thérapeutique*, seulement travaillé pour leur réputation; ils auront fait mieux, et nous devons leur rendre ce témoignage qu'ils sont arrivés au résultat le plus enviable que puissent ambitionner de braves gens : ils auront été utiles. — G. FÉLIZET.

REVUE DES JOURNAUX

Sur la valeur thérapeutique de l'hémoglobine. — Dans quelques cas d'anémie, où les préparations de fer sont contre-indiquées, P. Castellino (*Rev. clin.*) s'est servi de l'hémoglobine. Voici comment il résume les résultats obtenus par lui dans 15 observations :

1° L'absorption de l'hémoglobine s'effectue toujours très rapidement;

2° Elle est bien tolérée, même par les sujets atteints de troubles de l'appareil digestif et ne provoque jamais de phénomènes d'intolérance, tels que vomissements, météorisme, constipation, pression à la région épigastrique, gastralgie, pyrosies, etc.;

3° Son action favorable sur la reconstitution du sang se manifeste par l'augmentation du nombre des globules rouges, de leur résistance, de leur poids spécifique, de leur pouvoir, colorant de leur diamètre et de leur forme qui se rapproche davantage de la normale;

4° Sous l'influence de l'hémoglobine, l'état général s'améliore à son tour, témoins le relèvement de l'appétit, la régularisation des règles, la nutrition plus énergique, l'augmentation du poids du corps, la force dynamométrique élevée, la sécrétion de l'urée influencée favorablement, la disparition de quelques phénomènes subjectifs de l'anémie (éréthisme, dysphagie, gastralgie, battements de cœur);

5° L'hémoglobine est-elle supprimée avant le retour de l'état physiologique, son action n'est que passagère et disparaît bientôt.

6° Dans les cas d'anémie secondaire (cancer, tuberculose, leucémie, etc.), on échoue complètement avec l'hémoglobine, outout au plus n'obtient-on qu'un effet transitoire;

7° Pour obtenir la guérison complète, il suffit d'une dose quotidienne de 0 gr. 20 d'hémoglobine.

8° Ce qui distingue surtout l'hémoglobine de toutes les autres préparations ferrugineuses, c'est la rapidité de son action ; toutes les fois que l'anémie n'est pas accompagnée de troubles de l'appareil digestif et que les sujets ne présentent pas de phénomènes d'intolérance, ellcs peuvent donner les mêmes résultats favorables que l'émoglobine;

9° L'hémoglobine est surtout indiquée dans les cas d'anémie avec troubles digestifs sérieux, et dans la convalescence des affections fébriles et des maladies de longue durée.

P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 décembre 1891. — Présidence de M. TERRIER.

SOMMAIRE : Hystérectomie vaginale dans les suppurations pelviennes. — Cathétérisme des voies biliaires. — Cancer de l'utérus. — Étranglement de la verge par un corps étranger. — Empoisonnement par la cocaïne.

M. SEGOND fait une réclamation au sujet d'une erreur de date faite par M. Terrillon dans sa communication du 18 octobre 1891. Au moment où M. Segond s'est fait inscrire pour donner le résultat de ses premières hystérectomies avec morcellement, M. Terrillon n'avait pas encore fait l'opération.

— M. TERRIER fait un rapport sur une observation de *cathétérisme des voies biliaires* envoyée par M. Delagenière (du Mans). La malade était âgée de 42 ans et avait depuis longtemps des symptômes de lithiase biliaire. Les coliques hépatiques étant devenues plus intenses et plus prolongées, l'état général s'était aggravé. A l'examen de l'hypochondre droit, on constatait la présence d'une tumeur formée par la vésicule. Dans ces conditions, le 1er août 1891, M. Delagenière fit une incision de 10 centimètres, loin du bord du muscle grand droit, et arriva facilement sur la vésicule qui était remplie de calculs. Après libération de ses adhérences avec les anses intestinales, le réservoir fut fixé aux lèvres de la plaie, ouvert, et on put enlever son contenu. Un calcul était enclavé dans la paroi et un autre dans le canal excréteur. On draina et on appliqua un pansement antiseptique.

Après l'opération, la bile s'écoula par la fistule, et les selles ne se colorèrent pas. En explorant de nouveau, on découvrit des fragments de calculs près du col et on fit alors le cathétérisme des voies biliaires à l'aide d'une sonde cannelée recourbée; on ne trouva pas d'obstacle, mais la malade eut une syncope. A l'aide d'une sonde plus longue et convenablement recourbée, M. Delagenière put explorer 15 à 16 centimètres des canaux biliaires dans lesquels il ne constata rien d'anormal. Les cathétérismes purent être répétés à plusieurs reprises, bien qu'ils aient été d'abord très douloureux, et, finalement, le cours de la bile se rétablit vers l'intestin. La fistule s'oblitéra ensuite et la malade guérit. M. Delagenière pense que le cathétérisme des voies biliaires doit être regardé comme facile lorsqu'elles sont dilatées par des calculs.

M. Terrier rappelle une observation qui a été adressée à la Société, il y a déjà quelque temps, par M. Fontan (de Toulon). Le malade était un homme de 36 ans; il présentait un ictère bronzé, des épistaxis, et l'on trouvait, dans la région du foie, deux tumeurs : l'une superficielle, l'autre profonde; de plus, il y avait des ganglions sus-claviculaires. La laparotomie conduisit d'abord sur la vésicule dilatée que l'on fistula et l'on découvrit ensuite une tumeur profonde, inopérable. Le cathétérisme des voies biliaires fut fait après quelques jours et provoqua l'arrivée de la bile dans l'intestin. Il se produisit des phénomènes de péritonite et la malade succomba treize jours après l'intervention. On trouva un sarcome englobant le canal cholédoque et avec noyaux de généralisation dans le foie. M. Terrier pense qu'il fallait s'abstenir dans ce cas, car il est probable que le cathétérisme a entraîné le développement de la péritonite.

Le cathétérisme des voies biliaires doit être regardé comme une opération assez difficile. Cependant les difficultés sont beaucoup moins grandes, lorsque les voies biliaires sont dilatées, surtout quand il y a des calculs. On devra d'abord tenter l'opération avec une bougie en gomme qui peut parfaitement suffire; si on ne réussit pas, on pourra se servir d'un cathéter Béniqué avec une bougie. Naturellement, l'instrument devra être parfaitement aseptique.

— M. MARCHAND fait remarquer qu'il est assez fréquent, lors de *cancer* limité au col utérin, de trouver en même temps de l'endométrite. M. Marchand a récemment donné ses soins à une femme de 31 ans atteinte de métrorrhagie et de douleurs abdominales,

Après dilatation avec des tiges de laminaire, on fit un curettage qui s'accompagna d'une perte de sang assez notable.

Les débris ramenés ayant été examinés histologiquement, ils furent considérés comme appartenant à un sarcome de la muqueuse. On conseilla alors l'hystérectomie vaginale, qui fut refusée par la malade. Enfin, on finit par reconnaître l'existence d'une grossesse de quatre mois. Naturellement, toute intervention fut écartée et la malade n'avorta pas.

— M. Poncet rapporte une observation d'*étranglement de la verge*. Il s'agit d'un homme de 50 ans dont le pénis était introduit dans le trou d'emmanchement d'un marteau en acier. La verge s'œdématia considérablement, des plaques de sphacèle se montrèrent et, enfin, il survint de la rétention d'urine. L'anneau étant impossible à couper, on songea à l'amputation de la verge. M. Poncet, constatant la perméabilité du canal de l'urèthre, se borna à pratiquer trois incisions profondes allant jusqu'au corps caverneux; il put alors, en procédant avec douceur, mobiliser le corps étranger, que l'on put retirer. La guérison survint rapidement.

— M. Berger communique la relation d'un cas de *mort à la suite d'une injection de cocaïne dans la tunique vaginale* pour la cure d'une hydrocèle par l'injection iodée. Le malade était un jeune homme qui était porteur d'une hydrocèle grosse comme un œuf de dinde et très tendue. Comme la tumeur s'était développée rapidement, M. Berger, craignant une hydrocèle symptomatique d'une affection testiculaire, recommanda à son interne de faire la ponction et d'examiner le testicule, puis, si celui-ci était sain, d'injecter dans la tunique vaginale une cuillerée à bouche d'une solution de cocaïne à 2 p. 100, de la laisser quelques minutes, de la vider et de pratiquer ensuite l'injection iodée, ainsi que cela a été fait déjà un grand nombre de fois sans accident.

L'opération fut pratiquée exactement dans les conditions prescrites. L'interne injecta une cuillerée à soupe de solution de cocaïne au 1/50e dans la tunique vaginale, l'y laissa à peine une minute, fit ressortir bien exactement une cuillerée à soupe, c'est-à-dire toute la cocaïne injectée, et procéda ensuite à l'injection iodée. Le malade ne ressentit pas de douleurs; il se leva aussitôt après l'opération et, se disposant à partir, il avait déjà quitté la salle, quand il revint, quelque temps après, en se plaignant d'un grand malaise, et fut pris bientôt de mouvements convulsifs de la face et des membres, de convulsions cloniques et toniques, de raideur tétanique des muscles, et finalement tomba dans un coma absolu, avec une écume abondante et sanglante aux lèvres; son pouls battait 130 pulsations à la minute, et il succomba dans une syncope cardiaque. Injections d'éther et de caféine, respiration artificielle, trachéotomie, etc., tout échoua.

A la Morgue, M. Richardière fit l'autopsie de cet homme. Il trouva une congestion générale des méninges, de la congestion pulmonaire, une insuffisance mitrale et des lésions d'alcoolisme. La tunique vaginale ne communiquait pas avec le péritoine. M. Richardière a, du reste, déjà eu l'occasion de faire onze fois des autopsies d'individus morts après des injections de cocaïne.

Peut-être que, dans le cas de M. Berger, le peu d'épaisseur des parois de la vaginale a été la cause d'une absorption très rapide. De plus, le jeune homme était atteint d'une lésion cardiaque. On ne doit donc employer les injections de cocaïne dans la vaginale qu'avec réserve, et cependant certains chirurgiens conseillent l'emploi de doses plus fortes que celle qu'avait prescrite M. Berger.

M. Reclus fait remarquer que l'observation de M. Berger est très intéressante, car les phénomènes physiologiques ont été très exactement observés. L'intoxication par la cocaïne est donc certaine, et cela, probablement, par suite de la prescription d'une trop forte dose. M. Reclus a vu des accidents survenir avec 25 centigr. de cocaïne; il s'est produit des convulsions et des menaces de syncope qui ont cédé difficilement à des injections de caféine. Des phénomènes inquiétants peuvent même succéder à l'injection de 20 centig. Pour M. Reclus, c'est là la dose limite. On doit faire une solution à 2 p. 100 et l'injecter dans la tunique vaginale lorsqu'elle renferme encore le liquide de l'hydrocèle. On peut alors éviter tout accident. Du reste, on peut ainsi obtenir une anesthésie parfaitement suffisante.

M. Labbé n'a fait qu'une injection de cocaïne dans la tunique vaginale et encore sur les instances réitérées du malade. Il injecta 25 centigr. et vit survenir des accidents de syncope cardiaque contre lesquels il lutta avec la plus grande difficulté pendant plusieurs heures. Aussi, actuellement, a-t-il renoncé absolument à cette pratique.

Naguère il s'est passé avec l'éther ce qui se passe maintenant avec la cocaïne. On soutenait à Lyon que l'anesthésie par l'éther ne pouvait causer la mort, et, dans une même séance de la Société de médecine de Lyon, huit cas d'accident mortel furent communiqués à la fois.

Le nombre des autopsies que M. Richardière a pratiquées pour des intoxications par la cocaïne tendrait à prouver que cette substance est plus dangereuse que le chloroforme. Un grand nombre de cas de mort accidentelle par la cocaïne doivent, du reste, rester inconnus. M. Labbé peut citer un fait démonstratif. Une dame s'étant rendue chez un dentiste pour des douleurs dentaires, on lui fit une injection de cocaïne; elle se sentit immédiatement très malade et mourut rapidement. Un accord survint entre le dentiste et le mari, et il n'y eut pas d'instruction judiciaire.

M, Lucas-Championnière est d'avis qu'il faut publier le plus possible les faits de ce genre, afin de mettre les malades et les médecins en garde contre les dangers de la cocaïne, dont on a une grande tendance à abuser.

— M. Marchand présente un *verre de table* qui a été extrait du rectum d'un homme de 48 ans qui l'avait gardé dix-sept jours. On dut inciser le périnée postérieur.

— M. Quénu montre les pièces d'un *anévrysme poplité* qu'il a extirpé. Le malade a bien guéri.

— M. Routier rapporte un cas de *hernie étranglée* que l'on n'a pu réduire complètement que par la laparotomie.

FORMULAIRE

Pommade contre l'eczéma. — Unna.

Lanoline	20	grammes.
Chlorure de calcium liquide	40	—
Huile de code	10	—
Pommade de zinc	30	—

F. s. a. une pommade contre l'eczéma chronique très prurigineux, avec infiltration profonde de la peau. — N. G.

COURRIER

Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique se réunira jeudi prochain pour discuter la réforme de l'enseignement médical dans les hôpitaux.

Concours de la médaille d'or de l'internat (chirurgie). — Le Concours de la médaille d'or de chirurgie s'est terminé par les nominations suivantes : médaille d'or, M. Mauclaire; médaille d'argent, M. Noguès; mention honorable, M. Chipault.

Enseignement médical dans les hôpitaux. — Les cours et conférences cliniques de MM. les médecins, chirurgiens et accoucheurs auront lieu dans l'ordre suivant (1) :

Laënnec. — Mardi, à neuf heures : M. Ferrand, Clinique élémentaire (au lit des malades). — Pendant l'année 1892.

Mercredi, à neuf heures : M. Landouzy, Clinique et thérapeuthique médicales (au lit

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 17 et 19 décembre 1891.

des malades) ; — à dix heures, M. Nicaise, Clinique élémentaire (dans le service). — Pendant l'année 1892.

Jeudi, à dix heures : M. Landouzy, Clinique et thérapeutique médicales (amphithéâtre des cours). — En 1892.

Vendredi, à neuf heures et demie : M. Ferrand, Thérapeutique clinique, méthode des indications (amphithéâtre des cours).

Samedi, à dix heures : M. Nicaise, Clinique chirurgicale (au lit des malades).

Broussais. — Lundi, à dix heures : M. Barth, Sémiotique élémentaire et propédeutique médicale (vestibule des salles Gubler et Axenfeld). Pendant les mois de novembre et décembre ; — à dix heures : M. Reclus, Leçons sur les organes génitaux de l'homme (salle d'opérations).

Mercredi, à dix heures : M. Barth, Clinique interne et sémiotique élémentaire et propédeutique médicale (vestibule des salles Gubler et Axenfeld). — Les leçons cliniques de février à juillet 1892.

Vendredi, à dix heures : M. Barth, Sémiotique élémentaire et propédeutique médicale (vestibule des salles Gubler et Axenfeld). — Pendant les mois de novembre et décembre.

Enfants-Malades. — Lundi, à neuf heures et demie : M. Ollivier, Pathologie et clinique infantiles (amphithéâtre).

Mardi, à neuf heures : M. Descroisilles, Maladies infantiles (salle de la consultation) ; M. d'Heilly, Maladies infantiles, symptomatologie, diagnostic et traitement (salle Roger ou amphithéâtre) ; — à neuf heures et demie : M. Ollivier, Policlinique des maladies de la peau chez les enfants.

Mercredi, à neuf heures : M. J. Simon, Thérapeutique infantile.

Jeudi, à neuf heures : M. de Saint-Germain, Chirurgie infantile et orthopédie (amphithéâtre.) — Dans le courant de l'année 1892.

Vendredi, à dix heures : M. Descroisilles, Maladies infantiles (salle Chaumont ou amphithéâtre).

Samedi, à neuf heures : M. J. Simon, Thérapeutique infantile ; — à neuf heures et demie : M. Ollivier, Policlinique des maladies du système nerveux chez les enfants.

Tous les jours : M. Ollivier, Conférences cliniques (au lit des malades).

Mutations dans les services de médecine. — MM. Dumontpallier et Cadet de Gassicourt ayant atteint la limite d'âge : M. Cornil passe de la Charité à l'Hotel-Dieu ; M. Bouchard, de Lariboisière à la Charité ; M. Troisier, de la Pitié à Lariboisière ; M. Faisans, de Tenon à la Pitié ; M. Moizard, de Tenon à l'hôpital Trousseau ; M. Barié, de l'hospice des Ménages à Tenon ; M. Comby, de Sainte-Périne à Tenon ; M. Lépine (qui revient de Lyon) passe du Bureau central à Sainte-Périne, et M. Chantemesse, du Bureau central à l'hospice des Ménages.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bourbon (de Courlon) ; Cavailhès (de Saint-Pierre-de-Trivisy) ; Deville, médecin-major de première classe ; Fleury, médecin principal en retraite ; Grout (de Petit-Quevilly ; Honsz (d'Alger) ; Lallier (de Longueval) ; Lecamelier (de Barneville) ; Magnier, médecin-major de première classe en retraite ; Palasciano (de Naples) ; Sagnier (de la Grand'Combe) et Jégu, médecin auxiliaire de la police municipale, mort subitement à Angers.

Le Gérant : **G. RICHELOT.**

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

REVUE D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

Moyens les plus usités, en France et à l'étranger, pour la provocation de l'accouchement prématuré.

J'aborde la dernière partie de l'étude que j'ai entreprise. J'examine les statistiques et je montre l'insolubilité de cette question toujours controversée : doit-on préférer le forceps ou la version dans les rétrécissements du bassin?

A la clinique Baudelocque et à l'hôpital Lariboisière, sous la direction de M. Pinard, services très chargés, la proportion des accouchements provoqués a été de 1 sur 150. Cette proportion considérable s'explique, les hôpitaux étant le rendez-vous des difficultés obstétricales.

Sur 100 opérées, 99 sortirent bien portantes. La centième fut probablement infectée par un toucher suspect. Les suites sont plus constamment physiologiques que dans les parturitions simples, parce qu'on double les précautions antiseptiques.

Sur 100 enfants, 67 quittèrent le service bien portants.

A l'étranger, Braun indique 63 p. 100, Ahlfeld 60, et Léopold 66.

On voit que l'accouchement prématuré est plus grave pour les enfants que pour les mères. Pourquoi ?

Il faut accuser d'abord la faiblesse congénitale, l'inaptitude à vivre de la vie extra-utérine, car, à Lariboisière et à la clinique Baudelocque, si 67 enfants sortirent bien portants, 83 étaient nés vivants. Donc, 13 ont succombé, parce qu'ils n'étaient pas mûrs pour la vie extérieure. Les autres morts s'expliquent par le mode de parturition spontanée ou artificielle, par le degré d'étroitesse du bassin, le genre d'interventions, la rapidité ou la lenteur du travail qui protège ou expose la vitalité fœtale, les hasards de l'adaptation; enfin, par toutes ces inconnues qu'on tente de préciser, qu'on précise relativement, et qui resteront toujours des inconnues.

M. Pinard, à la recherche de cette pierre philosophale, a fait, en serrant les statistiques de près, d'intéressantes observations.

Sur 50 enfants venus *spontanément par le sommet,* 44 étaient vivants.

Sur 6 extractions du siège, on a eu 4 morts.

Sur 14 versions, 6 morts.

Sur 21 forceps, 7 morts.

La supériorité de l'*accouchement spontané par le sommet* est éclatante.

Le forceps serait supérieur à la version. Quant aux avantages apparents et illogiques de la version sur l'extraction du siège, ils s'expliquent, à mon

avis de la façon suivante : On a attendu trop longtemps pour extraire. La vitalité des enfants était atteinte. Ils n'ont pu supporter le choc opératoire. Dans toute présentation pelvienne, il y a un laps de temps pendant lequel l'accoucheur est perplexe. Doit-il ou non intervenir? On perd une heure alors que les minutes comptent. Il y a peut-être dans ces atermoiements plus de traditions d'école que de logique et de vérité clinique. Il est, pour moi, hors de doute que, plus l'accouchement est prompt, plus le fœtus a de chances de naître en vie. Cela ne veut pas dire, bien entendu, qu'on soit autorisé à des violences qui exposent la mère.

N'oublions pas que la déchirure seule du col est parfois mortelle, l'artère utérine étant toute voisine.

J'ai dit que le moyen de provocation le plus rapide était le ballon Champetier. La statistique de M. Pinard ne laisse aucun doute à ce sujet. *Maximum* du temps écoulé depuis l'introduction jusqu'à l'accouchement : quarante-huit heures. Le déplacement inévitable du pôle fœtal exige une minutieuse surveillance.

Le ballon Champetier a été employé 63 fois sans inconvénient pour la mère. 42 enfants sont nés vivants; mais, 4 fois, la basiotripsie était décidée d'avance.

Le professeur Pinard résume ainsi les conditions les plus favorables au succès de l'accouchement prématuré provoqué :

Grossesse de sept mois au moins; bassin de 9 centimètres au moins; accouchement naturel physiologique; passage de l'enfant, à travers la filière, aussi rapide que possible.

Lorsqu'on doit intervenir, le forceps est-il préférable à la version? D'après la statistique de M. Pinard, oui; d'après d'autres statistiques, non. En France, on a généralement préféré le forceps ; à l'étranger, la version.

Je vais donner un aperçu de la question; mais je ne la trancherai pas, car le problème me paraît insoluble. Il y aura toujours une inconnue : l'adaptation. Ce qu'on appelle hasard, c'est-à-dire la forme du bassin, l'ossification du crâne, son inclinaison, l'opérateur, la direction et la puissance des forces expultrices, la vitalité fœtale feront qu'on aurait eu, dans certains cas, vivant, par la version, un enfant que le forceps amènera mort, ou même n'amènera pas et, dans d'autres cas, qu'on aurait eu vivant, par le forceps, un enfant qui naîtra mort par la version.

Je résume quelques-uns des mémoires relatifs à la question.

En 1847, Simpson et, après lui, Radfort déclarent que la tête passe plus aisément dernière que première dans un bassin rétréci.

Le mémoire de Simpson est le premier en date, si je ne me trompe. En tous cas, il est fondamental. Le fœtus est représenté par un A. La barre transversale est l'irréductible base du crâne formée par le sphénoïde et les rochers. Les pariétaux sont les jambes de l'A. Suivant Simpson, quand le fœtus vient au monde par les pieds, la pointe de l'A descend la première. Si la base franchit le détroit, les jambes de l'A se rapprochent l'une de l'autre, et l'écart se trouve diminué, comme diminue par chevauchement des os le diamètre bipariétal. Si, au contraire, le fœtus se présente par le sommet, ce sont les jambes de l'A qui doivent passer les premières. *Au lieu de se rapprocher, elles s'écartent en s'aplatissant contre le couronnement pelvien.*

On voit combien l'ingéniosité de Simpson était théorique et erronée; mais il fait une remarque clinique importante : la dépression marquée par

le promontoire, la signature, le sceau, l'empreinte du rétrécissement se trouvent en avant du pariétal, sur la région temporale. Donc, ce ne sont pas les bosses pariétales qui passent dans le point le plus rétréci. Cela paraît acquis à la science par toutes les recherches expérimentales faites depuis Simpson, à quelques restrictions près, on le verra.

En 1865, Joulin, en France, critique le mémoire de Simpson. Le vertex ne peut être comparé aux jambes de la lettre A. C'est un cône. Il ne s'aplatit pas sur le détroit supérieur. Il se réduit par compression. Pour Joulin, le diamètre bitemporal se place dans le rétrécissement, quelle que soit l'opération; mais, dans la présentation du sommet, il y a plus de tendance à la flexion que dans celle du siège. Donc, le même diamètre étant saisi par le rétrécissement, que la tête descende première ou dernière, la version conserve son infériorité ordinaire d'opération moins favorable à la conservation de la vie fœtale. Joulin préfère nettement le forceps, sauf quand le bassin vicié est asymétrique. Dans ce cas, la version est supérieure, si elle permet de faire passer l'occiput dans la moitié large.

Dans la seconde édition de ses *Leçons sur les opérations obstétricales*, traduites par A. Cordes, en 1873, Barnes, trop souvent pur théoricien, mais esprit génial, remueur d'idées et inspirateur de travaux qui le perfectionnent et le corrigent, dit que, dans les bassins viciés par le rachitisme, la tête se couche sur les vertèbres lombaires et que sa partie antérieure descend dans l'excavation en décrivant une courbe. Quand l'équateur de la tête a dépassé le rétrécissement, la sphère céphalique glisse dans l'excavation. En somme, arrêt du pariétal postérieur sur le promontoire, descente du pariétal antérieur qui décrit un arc de cercle. Champetier de Ribes a perfectionné et complété cette étude en 1878. Je rappellerai sa théorie et ses conclusions pratiques dans un instant. Celles de Barnes sont, qu'au-dessous de 76 millimètres, la version est le complément obligé de l'accouchement prématuré. « J'ai, dit-il, sauvé, de cette façon, beaucoup d'enfant, dont les parents, sans la version, seraient morts privés de postérité. »

Il résulte, de la proposition de Barnes, qu'au-dessous de 76 millimètres, le forceps donnerait d'aussi bons ou d'aussi fâcheux résultats que la version. Balance égale. Peut-être qu'il accorde la supériorité au forceps en pareil cas. Il n'est pas aisé de se reconnaître dans les idées que l'auteur anglais sème à profusion, sans ordre ni méthode. De même dans les bassin de 76 millimètres, mais à terme, forceps et version se vaudraient.

Barnes paraît être arrivé empiriquement à de telles conclusions, et ne les explique pas, ce qu'a fait Budin dans une série d'expériences.

Goodell, ayant publié, en 1875 et 1876, un mémoire où il disait préférer la version, même à terme, affirmait qu'en pareil cas il y avait *enfoncement des pariétaux*. Budin se dit : alors ce n'est pas toujours le diamètre bitemporal qui est saisi par le promonto-pubien, et arriva par le mannequin aux conclusions qui suivent : avant terme, par la version, l'occiput recule à droite ou à gauche, de façon que le diamètre bitemporal, naturellement plus petit que le bipariétal, est saisi par le rétrécissement. A terme (mêmes bassins de 7 à 8 cent. 1/2), l'occiput n'a plus la place de reculer et c'est le diamètre bipariétal qui s'offre au rétrécissement.

Donc, Barnes à raison, dit Budin : à terme, les deux opérations sont équivalentes; avant terme, la version est préférable.

En 1878, une femme, dont le bassin mesurait 78 millim. et qui touchait

au huitième mois de sa grossesse, fut portée à la clinique. Depaul, aidé par Budin, fit trois tentatives infructueuses du forceps, et, en définitive, pratiqua la craniotomie. La femme mourut.

A l'amphithéâtre, Budin et Champetier constatèrent qu'une très faible pression engageait la tête la première. Avec le forceps, les tractions étaient considérables, moindres avec l'instrument de Tarnier qu'avec celui de Levret. Par la version, aucune difficulté.

Champetier de Ribes a étudié, avec précision, le mécanisme de la sortie de la tête arrivant dernière.

La tête, dit-il, dirigée d'abord transversalement, s'incline en arrière. Le côté postérieur de la base passe et entre le premier dans l'excavation. La tête continue à descendre en conservant cette inclinaison, et, par conséquent, la partie postérieure de la voûte s'engage plus profondément que l'antérieure, *jusqu'au moment où la bosse pariétale postérieure arrive au détroit supérieur*. En même temps, la tête se fléchit et se porte en masse dans la moitié du bassin où se trouve l'occiput; elle pivote de façon que la bosse pariétale postérieure se loge à côté du promontoire et s'arcboute. Alors la suture fronto-pariétale est en rapport avec la partie la plus saillante du promontoire. Autour de la bosse pariétale immobilisée, le côté antérieure de la voûte exécute un mouvement de bascule, et les parties qui appuient contre le pubis franchissent le détroit. *La bosse pariétale antérieure passe donc avant la postérieure.*

Suivant Champetier, pour utiliser pratiquement cette expérience si démonstrative, on facilite beaucoup l'extraction du fœtus :

1° En repoussant en arrière dans la concavité du sacrum le côté de la base du cou qui se trouve derrière la symphyse pubienne;

2° En faisant faire par un aide l'expression portant sur la région frontale du fœtus et dirigée suivant l'axe du détroit supérieur.

Champetier ne fait pas d'étude comparative du forceps et de la version. Sa prudence, ses aptitudes cliniques, lui interdisaient, à l'époque de sa thèse inaugurale, de tenter la solution du problème. La tenterait-il, maintenant? Je ne sais. Par ma part, je crois et répète qu'elle me semble impossible.

Passons en revue les diverses observations et expériences précédemment citées; elles sont, à ce point de vue, fort démonstratives. Barnes écrit : « Sans la version, nombre de mes clientes, accouchées par cette opération auraient dû se passer de postérité, » et il prend nettement parti pour la version avant terme. Je vais citer un fait où elle a échoué, bien que toutes les conditions rélamées par Barnes fussent réunies. Une femme entre à la Clinique enceinte pour la troisième fois. Son bassin est vicié par le rachitisme. Lors d'un premier accouchement, l'enfant est né à terme, lentement et au moyen du forceps. Il est mort. A la seconde parturition, la céphalotripsie s'imposa après quatre jours de travail. On ménage, à cette femme enceinte pour la troisième fois, toutes les chances possibles. On provoque le travail à une époque manifestement favorable. La durée du travail n'est pas excessive. L'enfant se porte bien au moment de l'intervention. Celle-ci consiste dans une version. Malgré la simplicité relative de l'extraction, l'enfant meurt.

Affirmerai-je que la version est cause de ce malheur, et que le forceps eût été plus heureux? Ce serait donner trop légèrement un démenti à l'accoucheur anglais qui prône la version, « sans laquelle de nombreux clients

auraient dû se passer de postérité »; mais je n'affirmerai pas davantage que les enfants dont parle Barnes n'eussent pu naître vivants par le forceps. Rien ne le prouve. Braxton Hicks a cité quatre cas dans lesquels, le forceps ayant échoué, la version donna trois enfants vivants. De tels faits seraient démonstratifs, *si l'on savait comment le forceps a été appliqué; mais on ne le sait pas.*

Budin croit-il avoir résolu le problème par ses expériences? S'il le croit, il se trompe. *Elles semblent* le résoudre; mais, en réalité, elles ne le résolvent pas. Le fœtus passe difficilement au moyen du forceps et facilement par la version. Notez qu'on opérait sur un bassin qui était une véritable pièce de conviction. La version semble donc supérieure. Eh bien! même si le fœtus avait été lui aussi une pièce de conviction, cette supériorité ne serait pas démontrée. Comment Budin a-t-il saisi la tête de ce fœtus? Sans doute il a voulu se mettre dans les conditions de la réalité clinique et la saisir obliquement ou transversalement. Ainsi placé, le forceps ne favorise pas la réduction du diamètre bipariétal ou même l'empêche, et, chose grave, immobilise la sphère céphalique et entrave la flexion. On ignorait, à l'époque où Budin expérimenta, qu'on pût saisir régulièrement la tête dans un bassin rétréci en mettant une cuiller sur le promontoire ou l'aileron sacré, et l'autre derrière le pubis ou dans son voisinage immédiat, suivant que la sphère céphalique est transversale ou légèrement oblique. M. Pinard a prôné cette façon de faire, et moi-même, sans avoir connaissance de ses opérations, j'ai eu la satisfaction, en conduisant de cette manière le forceps, de donner un enfant vivant à une femme accouchée plusieurs fois de fœtus tués pendant l'extraction.

La saisie régulière de la masse céphalique a une importance capitale; mais elle peut être impossible, même entre les mains les plus habiles. Il faut toujours faire la part des autres influences que je résume en un mot : l'adaptation. Remarquez, dans l'observation de Budin, que cette tête, difficilement entraînée par le forceps, « une faible pression suffit pour l'engager la première, » Qu'est-ce que cela prouve? Qu'il suffit d'un rien pour rendre facile et même spontané un accouchement difficile et même impossible sans intervention. Ce rien, c'est l'adaptation. Qu'elle se fasse et l'on assiste au prodige de la naissance spontanée d'enfants dépassant 3,090 gr. à travers des filières de 7 centimètres. Qu'elle ne se fasse pas et l'on voit des femmes, accouchées dix fois spontanément, obligées de subir, la onzième fois, la céphalotripsie. L'adaptation, c'est la grande inconnue du problème. La favoriserez-vous, l'entraverez-vous par le forceps ou par la version? Tout est là, mais vous ne pouvez le savoir. Vous savez seulement que, toutes choses égales, un enfant qui naît sommet en avant a plus de chances de vie qu'un enfant qui naît tête dernière. Voilà pourquoi le forceps est supérieur à la version; mais il conserve, même bien construit, même bien conduit, son infériorité d'instrument rigide, mal approprié à toute autre application que l'application vulvaire, et si l'on arrivait à supprimer les inconvénients fœtaux de l'extraction par les pieds comme on a supprimé les inconvénients maternels, la version serait la rivale redoutée et promptement victorieuse du forceps.

H. STAPFER.

REVUE DES CLINIQUES

Un point de pratique, par M. le docteur FOURNIER (1). — Quelle conduite doit tenir le médecin quand, consulté par une femme qui vient lui demander « ce qu'elle a », il trouve cette femme affectée de syphilis?

Il semble, de prime abord, que le médecin n'ait qu'à formuler le traitement convenable et à éclairer sa malade sur la nature de son mal, puisqu'elle le lui demande.

Cependant, si cette femme est mariée, on lui révèle ainsi une faute de son mari, ce qui peut la chagriner beaucoup et troubler gravement le ménage.

La situation faite au médecin, dans un cas de ce genre, est beaucoup moins simple qu'on ne serait tenté de le croire; elle peut même être périlleuse à des points de vue divers.

Un confrère, consulté dans ces conditions par une femme mariée, lui dit qu'elle a la syphilis; le lendemain, le mari arrive furieux et reproche au médecin de ne pas l'avoir prévenu d'abord, de ne pas avoir conféré avec lui sur ce qu'il eût été possible de faire pour dissimuler la faute. En effet, la jeune femme, indignée, s'était sauvée de chez son mari et réfugiée chez ses parents.

Tel autre confrère cache à sa cliente la nature de son mal, et celle-ci, qui devait la syphilis à un amant, la communique à son mari.

Un médecin est consulté par une femme mariée qu'il trouva en état de syphilis naissante. Pour tâcher d'arranger les choses, il tait à cette dame le nom du mal et va tout raconter au mari. Or, ce dernier n'était pour rien dans l'accident, et le confrère eut beaucoup de mal à réparer sa maladresse.

Il y aurait un excellent moyen de se tirer d'affaire par rapport aux difficultés de tout genre que présente la situation. Ce serait de ne pas tenir compte des embarras qu'elle comporte. On pourrait se dire ceci : « Une femme se présente à moi avec la syphilis et me demande ce qu'elle a. Je n'ai qu'a lui prescrire les remèdes convenables et à lui dire ce qu'est son mal. Je n'ai pas à me préoccuper des conséquences extra-médicales qui peuvent résulter de ma déclaration. »

Cependant personne n'agréera ce programme parce que chacun sent qu'il y a là autre chose à faire, quelque chose de mieux, de plus complet, de plus digne. Personne n'est astreint à faire plus que son devoir, mais il n'est pas défendu de faire plus que son devoir et la conscience prescrit souvent de l'excéder.

Il peut se faire que la femme qui vient nous consulter de la sorte soit une femme mariée. Lui révéler la nature de son mal, c'est lui dire : Votre mari vous a donné la syphilis. Une telle déclaration entraîne l'humiliation de la femme souillée d'une maladie qu'elle considère comme ignoble, des discussions domestiques, la possibilité d'une dislocation du ménage tacite ou judiciaire, etc. Or le médecin a le pouvoir de prévenir toutes ces conséquences, puisque, dans les conditions actuelles, c'est son diagnostic, c'est sa parole qui font foi. Il n'a pas le droit moral de se soustraire à cet office.

Le médecin peut mentir, puisque son mensonge est désintéressé; il saura, sous un prétexte quelconque, tenir la malade en garde contre les contaminations de famille; il pourra, enfin, la traiter sans lui dire le nom de la maladie.

Il y a des cas ou la réticence sur la nature du mal répond à un intérêt véritable, mais il en est d'autres où cette même précaution serait inutile, absurde, voire dangereuse.

Le médecin, de par une raison ou une autre, de par la déclaration de la malade, voit ou croit voir qu'il a affaire à une femme mariée. C'est le cas, manifestement, d'user de précautions, de se tenir sur la réserve, d'attendre un incident de conversation qui l'édifiera mieux encore sur l'état social de sa cliente. Finalement, il sait à quoi s'en tenir; c'est une femme mariée qui, très vraisemblablement ou sûrement, vient de recevoir la contagion de son mari. Nous avons là les conditions typiques où le silence, la réticence sur la nature de la maladie s'imposent comme une indication précise.

(1) Résumé d'après le *Bulletin médical.*

Inversement votre cliente est, de toute évidence, une « irrégulière », une « femme du demi-monde », ou, pis encore, ce qu'on appelle, dans le style du jour, une « cocotte », une « horizontale », etc. La réticence, la dissimulation sur la nature de son mal avec une femme de cette catégorie serait aussi déplacée, aussi peu motivée que possible. Votre devoir professionnel est de déclarer à cette femme, avec tous les adoucissements de circonstance, qu'elle est affectée d'une maladie qu'elle a reçue par contagion et que cette maladie est ce qu'on appelle la syphilis. Ce que je vous recommande non moins expressément d'ajouter, c'est que cette maladie est de l'ordre de celles qui se transmettent facilement par les approches sexuelles, qu'elle peut produire dans l'avenir, comme, dans le présent, divers accidents d'ordre contagieux; donc que, dans son intérêt comme dans celui des sujets qui pourraient la fréquenter, cette femme a l'obligation absolue, étant donnée la maladie dont elle vient d'être atteinte, de se surveiller avec un soin rigoureux et de s'abstenir de toute espèce de rapports; d'abord jusqu'à la guérison complète des accidents actuels, puis, au delà, au moindre retour d'accidents suspects.

Dissimuler tout cela à une femme de cette catégorie est une faute médicale, une faute grave. Et, cependant, il est fréquent d'entendre dire à des femmes qui, à leur grand regret, à leur grand détriment, ont transmis la syphilis à leur amant : « Mais je ne savais pas ce que j'avais; mais on ne me l'avait pas dit; sans cela je me serais abstenue, etc. » Que toutes les femmes qui tiennent de tels propos ne soient pas sincères, je l'accorde; mais, ce qui m'assure de leur sincérité pour un certain nombre, c'est qu'elles avaient tout à perdre en transmettant la syphilis à l'homme qu'elles ont contaminé.

En pareille occurrence, il vous importe donc de faire le diagnostic de la personne. Du reste, dans une foule de circonstances de la vie médicale, il ne suffit pas au médecin de connaître et d'appliquer sa pathologie; il faut, en outre, qu'il fasse appel à ces qualités de l'homme du monde qui s'appellent le discernement, le tact, la prudence, le flair, l'appréciation exacte des hommes et des choses, j'allais presque dire la diplomatie. D'ailleurs, le diagnostic en question saute aux yeux dans la grande majorité des cas, et ce n'est que rarement que l'on aura à hésiter.

La vraie difficulté, la voici.

Vous êtes fixé, je suppose, sur la qualité de votre cliente, soit que vous la connaissiez déjà, soit qu'elle fasse partie de votre clientèle, soit qu'elle se soit fait connaître. C'est une femme honnête, mariée, qui tient probablement la syphilis de son mari. Vous pensez donc qu'il y aurait tout avantage pour elle, pour son mari, pour tout le monde, à ce qu'elle sorte ignorante du mal spécial qui l'a atteinte. Et cependant cette femme attend une ordonnance et vous demande ce qu'elle a. Qu'allez-vous faire?

La plupart de nos confrères ont recours, dans une telle situation, à l'un ou l'autre des procédés suivants :

1° Les uns formulent une ordonnance où le mercure se trouve masqué sous un pseudonyme quelconque et esquivent le diagnostic en disant à leur cliente qu'elle a un herpès, un eczéma, etc.

2° D'autres formulent, par exemple, le mercure et l'iodure sous leurs initiales chimiques.

3° Celui-ci, plus prudent encore, formule des pilules ou un sirop sous un numéro quelconque, et désigne un pharmacien où, dit-il, ce remède se prépare spécialement, puis il écrit en cachette au pharmacien d'avoir à délivrer sous ledit numéro des pilules mercurielles ou un sirop ioduré.

4° Tel autre encore se charge de faire préparer le remède et de l'envoyer à domicile.

Tous ces stratagèmes ont du bon et peuvent réussir, mais ils ne sont pas toujours applicables, puis leur singularité peut éveiller le soupçon d'une femme un peu maligne qui saura rapidement arriver à découvrir la vérité.

Je préfère le procédé suivant : Se décharger sur le mari du soin de tenir cachée à sa femme, dans la mesure du possible, la nature du mal qu'elle a reçu de lui. C'est-à-dire entrer en relation avec le mari d'une façon quelconque et lui remettre le soin de se tirer de la situation présente, au mieux de ses intérêts et de ceux de la communauté.

En pratique, il faut user de prudence et jouer serré.

D'abord, je m'abstiens de remettre à une cliente, dès sa première visite, une ordonnance qui pourrait être accusatrice. Je me borne à prescrire un traitement local sans formuler d'emblée le mercure. Puis, sous un prétexte quelconque, je demande à ma consultante de me mettre en rapport avec son mari. Le prétexte n'est pas difficile à trouver. Je dis à cette femme, par exemple, « que certains points de sa maladie ne me paraissent pas clairs et que je désirerais, à ce sujet, causer avec son mari ». Ou bien encore : « J'aurais à vous faire quelques recommandations toutes spéciales relativement à votre maladie, mais il est des choses qu'on dit plus facilement à un homme qu'à une jeune femme, envoyez-moi donc votre mari. »

Si la femme est innocente, presque sûrement ledit mari sera chez vous le lendemain. Alors, vous dites à celui-ci que les lésions que présente sa femme semblent attester une contagion qui ne peut provenir que de lui et vous lui demandez ce que vous devez faire.

Dix-neuf fois sur vingt, le mari vous remercie et vous fait la confession attendue. Il vous supplie ensuite de ne rien dire et de laisser ignorer à sa femme la nature de sa maladie.

Dans ces conditions, si vous m'en croyez, vous continuerez en ces termes :

« Eh bien, monsieur, venez demain avec madame. Je l'examinerai de nouveau devant vous et je lui remettrai l'ordonnance que vous ferez exécuter vous-même. C'est à vous, pour le présent, comme pour l'avenir, de me faciliter la tâche de veiller à ce que le traitement de madame se poursuive durant tout le temps nécessaire, et avec toute la rigueur voulue. »

Ce procédé est ce que j'ai trouvé de mieux. Seulement, il faut être bien sûr que c'est du mari seul et non d'un autre que la femme tient la contagion. Dans le cas contraire, on commettrait une effroyable bévue.

Il ne faut entrer en relation avec le mari que lorsque la femme vous y a expressément autorisé. Car, ou bien la femme est innocente et acceptera votre proposition de conférence, ou bien elle est coupable et refusera ou, en tout cas, ne vous enverra jamais son mari. Quelquefois même, effrayée par votre proposition, y devinant un danger de contagion pour son mari, elle entrera séance tenante dans la voie des aveux.

Le procédé dont je viens de vous parler a soulevé plusieurs objections.

On a dit d'abord qu'en confiant au mari le soin de faire traiter sa femme, cette dernière serait sacrifiée, le mari faisant cesser un traitement révélateur une fois les premiers accidents passés.

En second lieu, on a reproché une inconséquence à la méthode. Demander à une femme de voir son mari à propos d'une affection génitale, c'est, pour cela même, éveiller un soupçon dans l'esprit de cette femme.

En ce qui concerne la première objection, je répondrai que, dans les cas où la femme est traitée insuffisamment, la responsabilité incombe à l'égoïsme odieux du mari.

Quant à la seconde objection, je n'y vois pas d'autre réponse à faire que celle-ci : c'est qu'en l'espèce, il est impossible de procéder autrement que nous ne l'avons indiqué.

D'ailleurs, traiter convenablement une femme de la syphilis sans que jamais elle s'en doute constitue une œuvre que jamais personne ne réalisera. On peut tromper la malade pendant quelques mois, mais on ne peut pas la tromper pendant plusieurs années. Nombre de femmes ne paraissent ignorer leur maladie que parce qu'elles le veulent bien et parce qu'il convient à leur dignité de sembler ne pas savoir ce qu'elles ne pourraient pardonner.

Ce qu'il fau tsurtout, c'est amortir le premier choc entre la femme outragée et le mari coupable, c'est prévenir le coup de tête initial de l'épouse irritée; plus tard, les choses s'arrangeront beaucoup plus facilement.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 décembre 1891. — Présidence de M. Tarnier.

La correspondance comprend :

1° Un extrait du testament de M. H. Roger qui lègue à l'Académie une rente de

500 francs 3 p. 100, pour la création d'un prix quinquennal de 2,500 francs, devant être décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur la médecine des enfants;

2° Une lettre de candidature du docteur Coutenot (de Besançon).

M. VILLEMIN est élu vice-président pour l'année 1892 (62 voix sur 67 votants).

M. CADET DE GASSICOURT est élu secrétaire annuel (47 voix sur 62 votants).

MM. LANCEREAUX et LEBLANC sont élus membres du conseil.

La politique sanitaire.— M. A.-J. MARTIN appelle politique sanitaire la direction donnée par l'autorité publique aux mesures destinées à préserver, maintenir et améliorer la santé publique. Ces mesures intéressent à la fois la santé publique et les particuliers, et chacun est appelé, en France, à y prendre part.

Depuis longtemps on réclame des modifications à la législation sanitaire du pays et le Parlement est saisi de plusieurs projets. La conséquence des réformes devra être la diminution des chances de mort qui nous menacent. Le peu d'accroissement de la population rend ces mesures indispensables.

La protection de la santé publique a pour but et doit avoir pour effet de mettre l'homme à l'abri de toutes les causes immédiates ou prolongées de maladie et de dégénérescence physique anormale; elles comprennent la défense des individus contre les conditions morbides, permanentes ou passagères, des milieux dans lesquels ils sont appelés à vivre.

Les épidémies naissent et se propagent surtout dans les milieux insalubres. Garantir la salubrité d'une localité ou d'un pays, c'est prémunir cette localité ou ce pays contre la violence des manifestations épidémiques. La science a montré tout ce que l'on gagne à stériliser l'air, l'eau, le sol.

Au point de vue pratique, il faut s'occuper des moyens immédiats et des moyens plus ou moins éloignés d'assurer la prophylaxie des épidémies et des maladies transmissibles. Les premiers se subdivisent comme il suit : l'information officielle des cas de maladie, la vaccination pour les affections dont le vaccin a jusqu'ici été trouvé, l'isolement, la désinfection sous toutes ses formes. Les seconds comprennent : les mesures d'assainissement des habitations, les mesures locales de salubrité, les grands travaux d'assainissement et l'organisation de la statistique démographique.

La sauvegarde de la santé publique est confiée, en France, au pouvoir municipal, sous le contrôle de l'administration préfectorale. La loi sur les logements insalubres confère des pouvoirs particuliers aux conseils municipaux et la loi sur la protection des enfants du premier âge permet aux départements de prendre des mesures déterminées pour ce qui concerne l'hygiène de la première enfance. L'Etat, d'autre part, s'est réservé la police sanitaire des épidémies de choléra, peste et fièvre jaune, les travaux généraux d'assainissement et de salubrité, les établissements insalubres, le travail industriel, la salubrité des substances alimentaires. Enfin, certaines dispositions des Codes sont applicables à la santé publique.

Il est facile de démontrer que la législation sanitaire française est à la fois trop générale, trop large et trop étroite : trop générale et trop large, parce qu'elle ne définit pas les pouvoirs de l'autorité et laisse croire qu'en théorie elle lui en accorde d'absolus; trop étroite, puisque, dans la pratique, ces pouvoirs sont trop souvent sans effet, en raison des entraves dont ils sont entourés. Les pouvoirs publics ont le droit d'ordonner toutes les mesures d'hygiène, mais ils sont tenus de n'en pas spécifier les moyens d'exécution; les dépenses, même les plus urgentes, ne peuvent être effectuées sans des retards quelquefois considérables; ils peuvent, en principe, assurer l'assainissement, mais après des formalités sans nombre et sans règles précises.

Notre législation sur les logements insalubres est devenue un obstacle considérable aux progrès de l'hygiène publique. Son abrogation s'impose et elle devra avoir pour conséquence de confier au pouvoir municipal tout l'ensemble de la salubrité et de la prophylaxie, avec l'aide ou l'action du pouvoir central dans les cas de négligence, incurie, mauvais vouloir ou péril public. Il est non moins urgent d'établir, dans chaque commune ou groupement de communes, un règlement sanitaire prescrivant les mesures et les procédés nécessaires pour protéger la santé publique, suivant les conditions locales

et d'après les avis des agents et conseils compétents. La cohésion et la simplification des prescriptions légales concernant l'hygiène publique font, en effet, défaut en France : 14 villes, dotées de Bureaux municipaux d'hygiène, ont cherché à y remédier; il y a lieu de généraliser leur exemple, dans la mesure compatible avec les exigences locales et de modifier notre organisation administrative et notre législation de telle sorte qu'elles ne puissent apporter des entraves, mais bien plutôt venir en aide à de tels efforts. Alors seront plus aisément acceptés les sacrifices budgétaires momentanés que commande l'amélioration de notre situation démographique.

Quelles que soient d'ailleurs les réformes justement sollicitées, on n'en peut attendre un effet utile et durable qu'autant qu'elles s'appuient sur les progrès de l'hygiène privée, sur la compétence des autorités qui en ont la charge et, par suite, sur le développement de l'éducation professionnelle des hygiénistes. Cette triple condition est indispensable pour assurer à l'hygiène publique la confiance qu'elle doit inspirer et lui donner une direction ferme, précise et régulière, conforme à son principe et ne livrant au hasard aucune de ses applications. D'où la nécessité de susciter le plus possible les initiatives, d'organiser l'enseignement et les pratiques de l'hygiène privée sous toutes les formes et de les encourager généreusement. Lorsque l'ingérence administrative sera devenue absolument nécessaire, si l'intérêt général se trouve vraiment compromis, elle sera d'autant mieux acceptée qu'elle aura été plus inaperçue, plus discrète et qu'elle aura su se montrer plus rare. La plupart de nos dispositions légales intéressant l'hygiène publique ont multiplié outre mesure les formalités administratives et font intervenir trop de pouvoirs à la fois; d'où la lenteur de leurs effets et quelquefois la nullité à peu près complète de ceux-ci.

Dans tous les pays, même dans ceux où la législation et l'administration sanitaires sont aujourd'hui le plus développées, on peut constater de sérieux efforts pour mettre ces principes en pratique, d'autant plus que les progrès de l'industrie sanitaire rendent chaque jour la pratique de l'hygiène de plus en plus aisée. On n'y conçoit plus qu'une fonction sanitaire administrative puisse être accordée, sans s'être assuré de la compétence de celui qui est appelé à l'exercer; on multiplie partout l'enseignement et l'éducation en matière d'hygiène et l'on en attend beaucoup plus les progrès sanitaires que de l'action coercitive des lois : si celles-ci ont été généralement modifiées, c'est pour les mettre en harmonie avec l'organisation administrative générale et provoquer, encourager et, en cas de nécessité, contraindre les initiatives locales.

On peut se rendre compte, en effet, de l'influence prépondérante qu'exercent sur la santé publique les progrès de l'hygiène privée et de l'éducation professionnelle des autorités chargées de développer l'hygiène publique. Pour cela, il convient de faire la part des diverses influences qui agissent sur la mortalité et limiter aussi nettement que possible le rôle qu'y joue l'hygiène. Une telle étude est, il est vrai, délicate, car les conditions économiques d'un grand nombre de nations tendent à s'uniformiser, aussi bien que leur tendance générale à la diminution progressive de la natalité, d'où une diminution corrélative de la mortalité. En Europe, en effet, la plupart des peuples voient leur natalité s'affaiblir de plus en plus et presque parallèlement depuis 1872-1876, avec une rapidité d'autant plus grande que leur natalité était primitivement plus élevée. L'abaissement de la mortalité a suivi la même marche, comme il fallait s'y attendre; mais, lorsque l'écart est encore resté appréciable, ou n'a pas varié, il est aisé de se convaincre qu'il est dû à ce que l'hygiène privée a pu heureusement venir en aide à l'action de plus en plus autorisée et de plus en plus vigilante des représentant de l'hygiène pnbliqae.

Une politique sanitaire, prudente et sagace, commande donc d'assurer à la fois les trois conditions que nous venons d'énumérer, afin que les réformes législatives et administratives puissent rendre tous les services qu'en attend l'opinion publique. Négliger ces considérations, ce serait, l'événement l'a maintes fois montré, se préparer de sérieux mécomptes et s'exposer à de graves insuccès.

Traitement des granulations par les injections de sublimé. — M. Panas lit un rapport sur un travail de M. le docteur Dransart relatif à ce sujet. Dans le cas de trachome,

M. Dransart fait des injections sous-muqueuses avec la solution de sublimé à 1 p. 1,000 après immobilisation. Il se produit d'abord un chémosis considérable; mais les résultats sont bons. Cependant il peut se faire des eschares de la conjonctive et on doit en même temps pratiquer le brossage.

Abus du mercure dans le traitement des maladies des yeux. — D'après M. Landolt, il faut proscrire l'emploi du mercure dans le décollement de la rétine, l'atrophie du nerf optique et un grand nombre d'autres affeetions non spécifiques. Le médicament devient alors nuisible en altérant la constitution du malade.

Désarticulation de la hanche. — M. Moty lit l'observation d'un homme de 24 ans auquel il a pratiqué la désarticulation de la hanche au mois d'août pour un ostéo-sarcome de la cuisse. Il n'y a pas encore de récidive. Comme le malade était infecté, la cavité cotyloïde a suppuré. Actuellement la désarticulation de la hanche tend à devenir moins grave.

FORMULAIRE

Glycérolé résolutif.

Iodoforme	2	grammes.
Baume du Pérou	8	—
Glycérine	20	—

Mêlez. — Pour onctions contre les engorgements strumeux. — Huile de foie de morue à l'intérieur. — Alimentation tonique et reconstituante. — N. G.

COURRIER

Les Ateliers de M. Alcan-Lévy étant fermés à l'occasion de la NOEL, l'*Union médicale* ne paraîtra pas samedi 26 décembre.

— Par arrêté ministériel, en date du 18 novembre 1891, des médailles d'honneur ont été décernées aux personnes ci-après désignées, en récompense du courage et du dévouement dont elles ont fait preuve au cours de l'épidémie de typhus exanthématique qui a sévi de mai à août 1891 à l'île Tudy (Finistère) :

Médaille d'or. — M. le docteur Touren, médecin de première classe de la marine, détaché du port de Brest, gravement atteint par l'épidémie.

Médaille de vermeil. — Dame Hélier, en religion Sœur Emmanuel, supérieure de la congrégation des filles du Saint-Esprit, à Quimper. Déjà titulaire d'une médaille 'dargent pour le choléra de 1885-1886.

Médailles d'argent. — MM. Le Corre, maire de l'île de Tudy; Coat, quartier-maître infirmier de la marine; Cado, soldat à la 11e section d'infirmiers militaires, à Nantes, gravement atteint par l'épidémie.

Médailles de bronze. — Sœur Marie de Naziance, Sœur Célinie, Sœur Saint-Damase et Sœur Raphaël, de la congrégation des filles du Saint-Esprit; M. L'Helgouach, soldat à la 11e section d'infirmiers militaires.

Mention honorable. — Mme Le Corre, à l'île Tudy.

— Sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène publique de France, le ministre de l'Intérieur a décerné les récompenses suivantes aux docteurs en médecine ci-après désignés, qui se sont distingués par leur participation dévouée aux travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité pendant l'année 1889 :

Médailles d'or. — M. Bertin-Sans, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier; M. Layet, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Rappel de médaille d'or. — M. Nivet, vice-président du Conseil du département du Puy-de-Dôme.

Médaille de vermeil. — M. Mignot, médecin à Pougues-les-Eaux, vice-président du Conseil du département de la Nièvre.

Médailles d'argent. — M. Durand, médecin des épidémies et membre du Conseil de l'arrondissement de Saint-Nazaire; M. Deshayes, médecin à Rouen, secrétaire du Conseil du département de la Seine-inférieure; M. Guède, médecin à Paris, membre de la Commission du XVIe arrondissement.

Médailles de bronze. — M. Guichard, médecin à Angers, membre du Conseil du département de Maine-et-Loire; M. Fournac, médecin à Marseille; M. Bertin, professeur à l'École de médecine de Nantes, membre du Conseil du département de la Loire-Inférieure.

— Un vote du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, applicable en 1893, a fixé à 25 ans la limite d'âge pour le concours de l'internat, et pris une mesure transitoire uniquement en faveur des jeunes gens ayant accompli actuellement leur volontoriat.

Cette mesure transitoire exclue, contrairement à toute justice, la catégorie des dispensés et des réformés, ayant pourtant satisfait à l'ancienne loi militaire.

Un certain nombre de candidats, ainsi lésés, font une démarche pour faire élargir la mesure transitoire en leur faveur, ils font appel à tous les intéressés pour augmenter le nombre des pétitionnaires.

Envoyer sa carte, avec un mot d'adhésion, à M. Hulmann, 80, boulevard Saint-Germain.

— M. le docteur Allessandri a été élu conseiller général pour le canton de Nonza (Corse).

Cinquantenaire de l'Académie de Belgique. — Le samedi 11 décembre a eu lieu la célébration du cinquantenaire de l'Académie de médecine de Belgique. Le roi et la reine y assistaient. Après les discours d'usage prononcés par le docteur Gally, président de l'Académie, par le roi et le docteur Desguin, il a été procédé à la nomination des lauréats du dernier concours. Voici leurs noms : MM. Vanderstricht (Gard), Gallez et Godart (Châtelet), Kirchner (Bruxelles) et Bavy (Namur).

Société de médecine de Paris. — Séance du 26 décembre 1891. — *Ordre du jour :* Communications diverses.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

Mort de M. Moutard-Martin.

L'Académie de médecine, si éprouvée depuis la mort de M. Henri Roger, par les décès successifs de MM. Barthez et Féréol, va encore être obligée de lever la séance, la dernière de l'année, en signe de deuil, par suite de la perte regrettable de son avant-dernier président, M. Moutard-Martin.

Malgré ses 70 ans, M. Moutard-Martin était encore vert et actif, et ceux qui l'ont vu il y a quinze jours à peine, aux obsèques de Féréol, n'auraient guère pu supposer que la mort allait emporter si vite ce robuste vieillard.

Né à Paris, le 18 janvier 1821, M. Moutard-Martin (Eugène) fut nommé interne des hôpitaux en 1842, le douzième sur la liste, sur laquelle se trouvent Germain Sée (3e), Chauffard (7e), Hérard (8e), X. Richard (10e), Bernutz (17e) et Matice (30e). Il en sortit avec la médaille d'argent et lauréat de l'Ecole pratique.

Le 2 décembre 1846, il soutint sa thèse sur *les accidents qui accompagnent l'établissement de la menstruation, la chlorose en particulier*. Depuis, envahi par la clientèle et par son service dans les hôpitaux, qu'il fit avec la plus grande exactitude jusqu'à sa mise à la retraite le 1er janvier 1887, il ne trouva pas le temps d'écrire de gros volumes; mais, comme M. Féréol, il laisse plusieurs mémoires marqués au coin de la plus saine clinique. Nous citerons entre autres : *Note sur les paraplégies causées par des hémorrhagies utérines ou rectales* (1852); *Note sur deux cas d'erreur de diagnostic inévitables; tumeurs intra et extra-thoraciques prises pour des pleurésies* (1856) — *Mémoire sur la valeur du sulfate de cinchonine dans le traitement des fièvres intermittentes* (1860); — *Considérations sur l'anévrysme de la crosse de l'aorte, difficultés de diagnostic* (1861); — *Leçons cliniques sur les maladies du cœur, la grippe, la thoracentèse* (1865-67); — *De la valeur de l'arsenic dans le traitement de la phthisie pulmonaire* (*Bull. de thér.*, 1868); — *Mémoire sur quelques applications nouvelles du bromure de potassium à la médecine des petits enfants* (1869); — *Sur l'opération de l'empyème* (1872); — *Sur un kyste hydatique du foie ouvert dans la cavité pleurale droite* (1873); — *Note sur les perforations pleuro-pulmonaires dans l'expectoration albumineuse* (*Union médicale*, 1873).

Comme on le voit, M. Moutard-Martin s'était adonné tout particulièrement à l'étude des maladies de poitrine; il s'attachait à exposer minutieusement le diagnostic et les indications thérapeutiques; les élèves le savaient bien; aussi se pressaient-ils dans son service, soit à Beaujon, soit à l'Hô-

tel-Dieu, pour y apprendre à ausculter. A la Société médicale des hôpitaux, la part qu'il prit aux discussions sur ces questions fut considérable, et le mémoire qu'il écrivit sur le *traitement de la pleurésie purulente* (1872) est devenu et restera encore longtemps classique. C'est lui qui ouvrit à son auteur les portes de l'Académie (1873) dans la section de thérapeutique et de matière médicale.

Membre du conseil de surveillance de l'Assistance publique, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, officier de la Légion d'honneur, M. Moutard-Martin laisse la réputation d'un clinicien habile et sagace, d'une honnêteté et d'une droiture parfaites, d'un maître excellent pour ses élèves, auquel il pouvait servir d'exemple, au point de vue moral comme au point de vue médical. Sa perte sera vivement regrettée par tous ceux qui ont été ses collègues ou qui ont pu suivre ses leçons. — L.-H. P.

L'hystérectomie vaginale contre le cancer utérin

Par L.-G. Richelot (1).

Dans notre dernière séance, M. Verneuil nous a dit : « La cause de l'hystérectomie vaginale n'est pas encore entendue. J'invite ses partisans à faire des amputations partielles pour en mieux juger les résultats. »

En ce qui me concerne, Messieurs, cette étude est déjà faite, et c'est ce que je suis venu vous dire dans ma dernière communication. Je vous ai dit que les discours de mon maître M. Verneuil en 1888, avaient fait sur moi une vive impression, et qu'après la discussion qu'il avait close victorieusement, je m'étais interrogé en conscience pour savoir si je devais continuer à traiter le cancer utérin par l'extirpation totale de l'utérus. Je résolus alors de commencer deux séries parallèles d'amputations partielles et d'hystérectomies ; au bout d'un certain temps, j'aurais comparé les résultats et je serais venu vous les exposer. Or, je pratiquai deux fois l'amputation sus-vaginale pour des cancers très limités, et la récidive fut rapide ; deux fois l'hystérectomie, et je vis sur les deux pièces que le cancer dépassait la partie supérieure de l'isthme pour envahir la muqueuse utérine, et les deux malades sont encore bien portantes et sans récidive depuis deux ans. C'est alors que j'interrompis l'expérience à peine commencée, et que je revins sans réserve à l'extirpation totale, ne croyant pas avoir le droit de priver mes malades des avantages certains qu'elle présente en un certain nombre de cas. Aujourd'hui, il me faudrait pour l'abandonner une raison bien puissante, telle que la gravité opératoire dont quelques-uns parlent encore.

Mais cette gravité, à mon sens, n'existe plus. L'hystérectomie vaginale me paraît une opération d'une extrême bénignité. Il est vrai que mes collègues annoncent encore une certaine mortalité : Terrier a 17 cas et 4 morts, Segond 33 cas et 7 morts, Bouilly 21 cas et 9 morts. Ils ont dû se trouver entraînés à opérer quelquefois sur de mauvais terrains. Si ma première série, en 1888, était assez malheureuse, permettez-moi de vous dire que je me trouve aujourd'hui le plus favorisé, puisque j'ai 1 seul décès sur 23 opérations, survenu chez une femme affaiblie et cachectique, à laquelle j'aurais mieux fait de ne pas toucher. Je dois dire que j'ai profondément modifié ma

(1) Société de chirurgie, séance du 2 décembre 1891.

technique opératoire; aujourd'hui, il m'arrive couramment d'enlever en huit, dix ou douze minutes un utérus mobile. Si la matrice est adhérente, de deux choses l'une : ou il y a propagation cancéreuse, et il vaut mieux ne pas l'enlever; ou il y a complication inflammatoire banale du côté des annexes, et dans ce cas, l'opération par morcellement est un plus laborieuse, mais tout aussi bénigne.

En somme, le peu de gravité de l'hystérectomie vaginale nous laisse toute liberté pour faire prévaloir les raisons qui militent contre l'amputation partielle, à savoir ces traînées épithéliales qui, dans les cancers les mieux, limités en apparence, montent vers la cavité utérine; ou encore, ces noyaux cancéreux trouvés dans le corps utérin à distance de l'épithélioma cervical. Nos confrères lyonnais ont vu plusieurs cas de ce genre. Sur 17 opérations faites dans le service de Laroyenne, 4 fois il y avait des lésions séparées du corps; et, sur 6 malades opérées par Goullioud, son chef de clinique, 5 fois le cancer remontait assez haut pour échapper à l'amputation sus-vaginale.

Vous vous rappelez l'argument qu'on nous donnait, en 1888, en faveur des ablations partielles : le cancer, disait-on, récidive dans les ligaments larges et non sur le moignon de l'utérus. Les faits que je viens de vous rappeler démontrent que ce n'est pas toujours vrai; et je puis vous citer un cas de ma pratique où l'amputation partielle a laissé du cancer sur le moignon : c'est une femme à laquelle Gallard avait enlevé le col avec l'anse galvanique; deux mois plus tard, elle avait une récidive sur la tranche utérine; je fis l'hystérectomie vaginale, et cette femme est précisément celle que je vous ai signalée comme étant aujourd'hui d'une santé parfaite depuis cinq ans et deux mois. Il y a donc des cas, Messieurs, où l'hystérectomie vaut mieux qu'une résection limitée pour enlever tout le mal.

M. Verneuil pense que l'amputation partielle, tout compte fait, donne « une moyenne de survie » plus considérable. Mais, comme je vous l'ai dit, il me paraît inadmissible qu'on additionne simplement les mois de survie sans noter l'époque où la récidive commence, pour en conclure à l'utilité de l'intervention, « car il ne dépend pas du chirurgien ni du mode opératoire adopté que la marche de la récidive soit plus ou moins rapide. Ce qu'il faut savoir, pour juger l'opération, c'est le nombre de mois ou d'années qu'elle *ajoute* à la vie, si tant est qu'on puisse le déterminer; l'intéressant, à ce point de vue, c'est le temps qui s'écoule avant l'apparition de la récidive ». Or, en nous plaçant à ce point de vue, nous avons des chiffres très encourageants. Il est bien entendu que je parle exclusivement des malades aujourd'hui bien portantes et sans récidive, car c'est là le point qui nous intéresse. Je vous ai signalé, pour mon compte, des malades guéries depuis 5 ans et 2 mois, 5 ans, 4 ans et 6 mois (elles ont un mois de plus qu'au moment de ma communication); dans ma seconde série, depuis 1888, il y en a 11 qui ont maintenant de 8 mois à 2 ans. Trois malades de Terrier ont 6 ans et 4 mois, 4 ans et 8 mois, 2 ans et 7 mois; une malade de Segond a 3 ans, celles de Bouilly ont 4 ans et 4 mois, 3 ans et 8 mois.

Je sais bien que M. Verneuil nous citait l'autre jour le cas le plus triomphant : une de ses malades, guérie depuis vingt-deux années. Je demande à mon maître la permission de faire ici une réserve : à l'époque où cette malade fut opérée, en 1869, nous connaissions mal certaines formes de métrite cervicale, ces gros cols déchirés, fongueux, à muqueuse renversée en dehors, ces « cols d'Emmet » qui nous paraissent aujourd'hui très faciles à

distinguer du cancer. J'ai la conviction, sans pouvoir le démontrer, qu'il nous arrivait quelquefois de prendre ces cols de vilain aspect pour des épithéliomes. Si je parle ainsi, ce n'est pas pour le vain plaisir de supposer que M. Verneuil a pu faire une erreur de diagnostic, c'est pour arriver à dire ceci : de deux choses l'une, ou cette malade n'avait pas de cancer, et le fait ne prouve pas l'efficacité de l'amputation partielle; ou elle avait un cancer, et le fait prouve la guérison possible du cancer utérin. Et alors, j'en reviens à l'idée que j'ai soutenue en 1888, à savoir qu'on a le droit d'espérer, dans un petit nombre de cas, la guérison radicale des cancers; que tous les chirurgiens, à toutes les époques, ont semblé y croire, ont agi comme s'ils y croyaient; que cette recherche de la guérison est le meilleur moyen de trouver les procédés qui nous en rapprochent le plus en donnant à nos malades la survie la plus longue; que, par suite, il faut faire le mieux possible dans cette voie, en tenant compte de tous les faits connus, et notamment de ces traînées épithéliales vers la muqueuse utérine et de ces noyaux isolés auxquels j'ai fait allusion tout à l'heure. Or, ce mieux possible, c'est l'hystérectomie vaginale; et voilà pourquoi j'ai cherché, en soulevant une nouvelle discussion, à la relever du discrédit où elle paraissait tombée.

A cela, M. Terrier me répond que l'hystérectomie vaginale n'était pas tombée dans un tel discrédit, à en juger par le grand nombre de travaux qu'elle a provoqués dans ces dernières années. Mais M. Terrier a dû convenir qu'en France ces travaux sont en fort petit nombre. Or, c'est ce que j'ai voulu dire; c'est en France, à Paris, à la Société de chirurgie, que ses partisans ont gardé le silence depuis trois ans. Il y avait donc quelque utilité, pour ceux d'entre nous qui ont affermi leur opinion et recueilli de nouveaux faits, à rompre ce silence et à remettre en lumière une opération qu'ils jugent bienfaisante.

BIBLIOTHÈQUE

Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie d'après l'enseignement de la Salpêtrière, par M. le docteur Gilles de la Tourette. — Paris, Plon, Nourrit et Cᵉ, 1891.

Pour pouvoir apprécier à sa valeur l'ouvrage dont nous venons de donner le titre, il faudrait avoir assisté pendant plusieurs années aux conférences cliniques de M. le professeur Charcot, et posséder l'immense érudition dont l'auteur a fait preuve. Peu de personnes pouvaient réunir les mêmes conditions pour écrire ce livre; attaché depuis près de huit ans, à divers titres, au service de M. Charcot, ayant lu tout ce qui se publiait en France ou à l'étranger sur l'hystérie, aussi bien les travaux de ses collègues de la Salpêtrière que ceux qui les critiquaient, M. Gilles de la Tourette a ainsi rassemblé tous les éléments nécessaires pour « mettre au point une œuvre qui, aujourd'hui, vient combler une lacune dans la science ». Ainsi s'exprime M. Charcot à propos de ce livre, et nous ne pouvons mieux faire que de citer son opinion. C'est encore, toujours d'après le maître, « un travail complet qu'il nous présente, résumant parfaitement, en tout cas, l'état actuel de la science, avec une conscience scrupuleuse à laquelle il nous avait habitué dans ses autres travaux ». Cette dernière qualité, j'en puis témoigner, ayant pu l'apprécier à diverses reprises.

On parle tant de l'hystérie de nos jours, on a tant dit et écrit sur la question depuis Briquet, que l'hystérie de Briquet ne ressemble guère à celle d'aujourd'hui. Bien que la science ne soit pas encore fixée sur cette question, il était bon que quelqu'un de compétent nous dise ce qu'il fallait entendre actuellement sous le terme d'hystérie. Si, hier,

on a trouvé l'hystérie masculine, aujourd'hui les troubles trophiques, demain peut-être on connaîtra l'anatomie et la physiologie pathologiques; mais déjà on peut voir dans l'hystérie des lois d'évolution, un déterminisme particulier qui permet d'y reconnaître une maladie vraie, stable dans son incohérence même, qui est plus apparente que réelle. La clinique a appris à l'auteur que l'hystérie se compose d'un fonds commun : *les stigmates permanents*, sur lequel évoluent *les paroxysmes*. De là la division du travail en deux parties; *l'hystérie normale* ou *interparoxystique*, *l'hystérie pathologique* ou *paroxystique*. Mais ces distinctions sont rarement aussi tranchées que ces deux titres semblent l'indiquer. Par exemple, dans le présent volume, qui ne traite que de l'hystérie normale, l'auteur a dû, pour ne pas faire double emploi, empiéter sur cette ligne de démarcation que la rapide succession et l'enchevêtrement des phénomènes hystériques tendent sans cesse à effacer.

On lira avec le plus grand intérêt les divers chapitres de cet ouvrage; l'auteur ne s'est pas contenté, en effet, de donner un tableau toujours aride des phénomènes cliniques, mais, à propos de chaque point particulier, il a cité des faits, des passages d'autres écrivains qui retiennent l'attention du lecteur et aident son intelligence. Ses considérations historiques, divisées en périodes, montrent d'une manière très lumineuse les diverses étapes par lesquelles est passée l'hystérie, depuis les médecins et philosophes de l'ancienne Grèce jusqu'à Charcot. Puis sont étudiées successivement : l'étiologie; les agents provocateurs de l'hystérie; les stigmates hystériques permanents; les anesthésies cutanées des muqueuses et des organes des sens, les hyperesthésies et les zones hystérogènes; les troubles hystériques de l'appareil de la vision; l'amblyopie hystérique, les affections hystériques des muscles oculaires; la diathèse de contracture, d'amyosthénie; les tremblements hystériques; l'état mental des hystériques; enfin, la nutrition dans l'hystérie normale, chapitre rédigé en commun avec M. Cathelineau, et qui a valu récemment aux deux collaborateurs le prix Lallemand à l'Académie des sciences.

Quel plus bel éloge peut-on faire de l'ouvrage entier!

Dans la préface dont M. Charcot a honoré ce *Traité de l'hystérie*, nous lisons comme dernière phrase : « Je souhaite sincèrement que mon témoignage puisse porter bonheur et profit à un ouvrage qui représente un effort considérable, longtemps prolongé au milieu des difficultés de toutes sortes. »

Qu'on nous permette de joindre (*si parva licet componere magnis*) nos vœux sincères à ceux du maître le plus capable de bien juger un travail qui est essentiellement de son ressort. — L.-H. Petit.

Cours de chimie, par Armand Gautier, membre de l'Institut, professeur de chimie à la Faculté de médecine de Paris. Tome III : *Chimie biologique*. — F. Savy, 1892.

On a souvent reproché aux médecins d'être ignorants dans les sciences auxiliaires (et non accessoires, comme on disait maladroitement naguère), particulièrement en chimie; reproche bien fondé. Si les étudiants en médecine dédaignaient la chimie jusqu'à ces dernières années, ce n'est pas pas qu'elle fût médiocrement représentée dans notre Faculté de Paris où Wurtz et M. A. Gautier ont occupé successivement la chaire; la faute en a été peut-être longtemps à certains professeurs de pathologie et de clinique qui ont voulu s'égayer aux dépens des « chimiâtres ». Il convient d'ajouter que l'organisation des travaux pratiques de chimie était ridiculement insuffisante, à l'époque où nos aînés et nous autres faisions nos études. Aussi a-t-il fallu une volonté exceptionnelle aux Bouchard, aux A. Robin et aux Quinquaud pour devenir des médecins chimistes. Grâce à eux, grâce à l'enseignement de M. Bouchard surtout, les jeunes générations médicales comprennent aujourd'hui que l'étude de la chimie est indispensable pour le médecin; les progrès en microbie, c'est-à-dire dans la connaissance des maladies infectieuses, dans celle des maladies du tube digestif, de la nutrition, des organes glandulaires, sont impossibles désormais sans le secours du chimiste. Il est peu probable que le médecin puisse jamais être, à proprement parler, un chimiste; le temps lui manquera toujours; mais au moins faut-il qu'il puisse comprendre les travaux des chimistes afin d'en faire son profit. Des exemples récents nous ont montré combien peut être féconde l'association d'un médecin et d'un chimiste, à la condition que l'en-

tente soit possible entre eux, c'est-à-dire que le chimiste veuille bien se laisser un peu guider par le médecin dans la direction à donner aux recherches, et que le médecin n'ait pas l'entendement fermé aux choses de la chimie.

Ces réflexions nous sont venues en coupant les pages du *Cours de chimie biologique* de M. A. Gautier, qui nous a paru merveilleusement propre à enseigner au médecin la partie de la chimie qui lui importe le plus.

Parmi les 71 leçons qui composent ce volume d'un millier de pages, celles qui nous ont particulièrement frappé par la clarté de l'exposition ou la nouveauté du sujet sont relatives aux albuminoïdes et particulièrement aux toxalbumines, aux ptomaïnes et aux leucomaïnes, dont l'étude a porté si haut la réputation du maître, à la composition du sang, des humeurs, des produits d'excrétion, du mécanisme de la nutrition générale; enfin la cinquième partie, consacrée à l'étude de sources de l'énergie, à l'équilibre entre l'alimentation et la production de chaleur et de travail, couronne dignement l'ouvrage, empreinte qu'elle est d'un esprit de vraie philosophie scientifique.

P. Le Gendre.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 décembre 1891. — Présidence de M. Terrier.

M. Quénu a employé les injections de cocaïne une soixantaine de fois environ dans des épithéliomas de la face, des kystes synoviaux, des circoncisions, etc. Jamais il n'a piqué de vaisseaux et il n'a observé qu'un très petit nombre d'accidents qui ont, du reste, été relativement légers dans deux cas. Il s'est produit du larmoiement, de la dilatation pupillaire, de l'amélioration de la respiration. Chez d'autres malades, les phénomènes ont consisté en fourmillement dans les membres, douleurs, contractures, malaise général, irrégularités de la respiration et lipothymies. Bientôt tout cela a été remplacé par de la faiblesse. M. Quénu regarde la cocaïne comme très utile et ne pense pas qu'il faille renoncer à son emploi. Pour lui, la dose limite est de 0,10 centigr., et il vaudrait même mieux s'en tenir à 5 ou 6 centigr. Quand on en injecte dans une cavité séreuse, il faut regarder la quantité injectée comme pouvant être absorbée.

M. Schwartz a fait plus de 300 opérations à la cocaïne, et il n'a jamais eu d'accidents graves; chez un vieillard, il s'est produit, à la suite de 10 centigr. dans un kyste du cordon, de la pâleur, du tremblement et de la faiblesse; le liquide a été rapidement retiré et tout a cessé. Il ne faut pas, en général, dépasser la dose de 7 centigr., qui est encore trop forte dans les régions où l'absorption se fait facilement. Il est inutile, quand on le peut, de la limiter à l'aide de la bande d'Esmarch. A la face et au tronc, il est rare que cette bande puisse être employée, et on ne doit pas dépasser 0,05 de cocaïne. Aux membres, au contraire, il est facile de l'appliquer et les doses peuvent être plus fortes; 0,07 à 0,08 sont les doses. L'injection dans la vaginale expose à des accidents assez graves dès que l'on atteint 0,10. Malgré toutes les précautions, il pourrait survenir quelques accidents, car la sensibilité des malades à l'action de la cocaïne est variable.

M. Reynier a vu une menace de syncope survenir chez un cardiaque, à la suite de l'injection de 0,05 dans la lèvre atteinte d'épithélioma. Chez un autre malade, qui était porteur d'une insuffisance mitrale mal compensée, l'injection de 0,01, dans la gencive, entraîna une syncope et des accidents asphyxiques. Puis l'asystolie s'établit, et le malade succomba au bout d'un mois.

M. Moty a observé des accidents à la suite de l'emploi d'une solution à 1 p. 100. Il est probable que les accidents seraient plus rares si l'on se servait de solutions moins concentrées.

Pour M. Reclus, ce qu'il importe d'abord d'établir, c'est s'il existe une dose maniable pour la cocaïne, c'est-à-dire que le chirurgien puisse injecter sans danger. M. Richardière n'a pas fait d'autopsies médico-légales pour des empoisonnements par la cocaïne; il a seulement eu occasion d'autopsier un seul individu mort dans ces conditions, mais a réuni 11 cas semblables. Actuellement, on connaît 15 cas de mort par la cocaïne. Dans 2 cas, il s'agissait d'injections de quantité considérable de l'anesthésique (1 gramme et plus); dans 3 autres, la dose absorbée n'a pas été établie exactement comme, par exemple, dans le fait de M. Labbé. Restent 9 cas dans lesquels les doses ont été cinq fois trop élevées (de 0,50 à 1 gr. 50).

Dans l'observation de M. Berger, la dose injectée a été de 0,37; dans une autre, de 0,32. Ce sont encore là des quantités trop fortes, car 0,20 suffisent pour obtenir une anesthésie suffisante. Il y a en tout deux cas de mort avec des doses inférieures à 0,10, ceux d'Abadie et de Bouchard. Dans le premier cas, le malade, vieillard de 72 ans, avait déjà eu antérieurement une congestion cérébrale; dans le second, l'origine de la syncope est discutable.

La concentration de la solution doit avoir un rôle important dans la genèse des phénomènes graves et on peut abaisser le titre à 1 p. 100. Il faut se défier des injections dans les séreuses et des pulvérisations pharyngées.

M. Pozzi fait remarquer qu'il y a déjà deux ans qu'il a indiqué la dose de 0,02.

M. Lucas-Championnière insiste sur la nécessité de publier tous les cas de mort par la cocaïne, substance que le public emploie beaucoup trop aujourd'hui.

— M. Lannelongue fait une communication sur le *traitement des luxations congénitales de la hanche à l'aide des injections de chlorure de zinc.* Le traitement des luxations de la hanche est des plus difficiles et défie encore les efforts des chirurgiens. Jules Guérin et Pravaz ont fait l'extension continue, avec réduction brusque et immobilisation; Hueter a conseillé la décapitation de la tête fémorale; Hoffa a institué une opération compliquée dans laquelle il diminue les pelvi-trochantériens et fixe un lambeau de périoste à la capsule et au trochanter. La cause des insuccès est facile à établir, et il n'y a pas, en réalité, de cavité cotyloïde, le sourcil cotyloïdien est mal formé, ainsi que la tête. L'ankylose donne des résultats mauvais, parce qu'elle entraîne un arrêt de développement. M. Lannelongue a pensé que l'on pourrait provoquer la formation d'un bourrelet péri-cotyloïdien en injectant du chlorure de zinc autour de la cavité; il se développe alors une ostéite. Il a fait, à deux reprises, des injections de chlorure de zinc profondément chez un enfant de 3 ans, et il s'est produit un épaississement dur, un rebord osseux dû probablement à de l'ostéite condensante qui limitera les déplacements de la tête. Il n'y a pas eu d'accidents.

— M. Lannelongue présente deux enfants guéris de tumeurs blanches du poignet et du genou par la méthode sclérogène.

— M. Fontan (de Toulon) fait une communication sur le traitement des abcès du foie. Il emploie le curettage de la cavité et conseille d'ouvrir largement en suturant la plèvre, afin d'éviter le pneumothorax.

Pour M. Pozzi, cette méthode, déjà employée à l'étranger, offre des dangers, car le curettage peut être suivi d'hémorrhagies, de perforations de la cavité, etc.

— Bureau de la Société pour 1892 : Président, M. Chauvel; vice-président, M. Périer; premier secrétaire, M. Bouilly; deuxième secrétaire; M. Kirmisson; trésorier, M. Schwartz; archiviste, M. Reclus.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 décembre 1891. — Présidence de M. Leudet.

Le procès-verbal est lu et adopté.

La Société reçoit : les journaux et revues; — un volume sur les *travaux scientifiques*

de Louis-Daniel Beauperthuy, médecin et naturaliste français, né en 1808 et mort en 1871; — de M. Marquez, membre correspondant, une brochure sur l'*emploi de l'acétate neutre de plomb dans le traitement de la pneumonie.*

M. Perrin : J'ai l'honneur de déposer sur le bureau, et à titre d'hommage, de la part de M. le docteur Dechaux (de Montluçon) le dernier ouvrage qu'il vient de publier sous ce titre quelque peu suggestif : *Les quatre points cardinaux de la médecine.* Ces quatre points cardinaux sont, pour notre honorable correspondant : La *saignée*, remède, dit-il, aussi ancien que souverain, malgré les éclipses dont il est voilé de temps en temps, comme à l'heure présente ; l'*émétique*, l'agent le plus énergique des évacuations gastro-intestinales ; l'*expectation*, ou cette confiance sage et raisonnée, mais non aveugle du médecin dans les effets spontanés de l'organisme troublé, pour mener à bien, en réalité, bon nombre de maladies, soit aiguës, soit chroniques, sans l'intervention de cette polypharmacie encombrante de nos jours, de cette iatro-chimie si abusivement en honneur aujourd'hui ; enfin, l'*opium*, et ses dérivés, qui tient, à coup sûr, le premier rang pour engourdir, atténuer ou supprimer la douleur, avec ses formes si diverses et si bizarres. C'est ainsi, sous ces quatre chefs principaux, qu'il convient, selon notre confrère, de grouper les divers moyens de défense à opposer par le médecin aux maladies ; mais, en s'inspirant toujours, dans l'application, des règles que la médecine hippocratique, dont notre collègue est l'un des plus fervents représentants, nous a tracées il y a plus de deux mille ans.

Sans nier les heureuses acquisitions dues aux recherches du laboratoire, M. Dechaux regrette que l'expérimentation prime actuellement la clinique proprement dite, dont elle ne devrait être que l'utile et précieuse servante. Chaque page du livre de M. Dechaux témoigne d'ailleurs, et hautement, par les nombreux succès de tout genre qui s'y trouvent consignés, de la bonté de la thèse qu'il défend. Il est, peut-être, seulement regrettable, comme nous avons eu même l'occasion de lui dire, qu'il ait cru devoir grossir son livre de développements étrangers ou *à côté* qui font oublier, à chaque instant, au lecteur, le sujet principal. Il le reconnaît lui-même avec la meilleure grâce du monde et le plus charmant esprit, par les lignes suivantes, qui ne me permettent plus d'insister : « Je ne me dissimule pas, dit-il, que j'ai commis bien des excentricités, que je me « suis permis des sorties poétiques, tragiques ou comiques que la science *collet-monté* « n'admet guère. J'ai écrit mon livre comme un bouvier derrière sa charrue, chantant « de temps en temps, ce qui ne l'empêche pas de tracer et de creuser son sillon. Mon « ouvrage (il en convient) est une composition thériacale parfumée d'ambroisie ; j'y ai « semé, çà et là, des perles que je ne désavoue pas, parce que ces ornements sont l'es- « prit des autres, de charmantes citations, toutes de ma mémoire. J'y ai mis du Virgile, « du Corneille, du Molière, du Hugo, du Montaigne, du Plutarque, de l'*Imitation*, mais « sans cesser d'être avec Sydenham, Bordeu, Hippocrate, nos grands maîtres à nous « médecins. »

On ne saurait, vous le voyez, Messieurs, répondre avec plus d'esprit à la légère critique que nous nous sommes permise envers l'œuvre originale et primesautière dont M. le docteur Dechaux a cru devoir vous faire hommage.

— M. Duroziez présente quelques considérations sur le *rétrécissement mitral.* (Sera publié.)

— L'ordre du jour appelle le vote pour le renouvellement du bureau.

Président. — Votants, 16 : M. Dubuc, 15 voix ; 1 bulletin blanc.

Vice-président. — Votants, 17 : M. Dubrisay, 14 voix ; M. Ladreit de Lacharrière, 2 voix ; M. Bouloumié, 1 voix.

Secrétaires annuels. — Votants, 19 : M. Jullien, 13 voix ; M. Frémont, 11 voix ; M. Trousseau, 2 voix ; M. Vickham, 1 voix.

Conseil d'administration. — Votants, 17 : M. Leudet, 14 voix ; M. Besnier, 14 voix ; bulletins nuls, 3.

Le bureau pour 1892 est donc ainsi composé :

Président, M. Dubuc.

Vice-président, M. Dubrisay.

Secrétaire général, M. Christian.
Trésorier, M. Gillebert-Dhercourt.
Archiviste, M. Pellier.
Secrétaires annuels, MM. Jullien et Frémont.
Conseil d'administration, MM. Leudet et Besnier.
Comité de rédaction, MM. Trousseau, Wickham, Jullien, Frémont et le secrétaire général.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

La Société médicale du bureau de bienfaisance vient d'adresser à M. le Préfet de la Seine la lettre suivante :

« Monsieur le Préfet,

« Nous avons l'honneur de vous donner connaissance d'une lettre que nous avons adressée à M. le Ministre de l'intérieur le 22 juillet 1891 et qui expose le sujet de notre demande :

« Monsieur le Ministre,

« Dans la séance du 8 juillet 1891, la Société médicale du bureau de bienfaisance a renouvelé un vœu qu'elle avait déjà émis à plusieurs reprises et qui consiste dans la nomination, au Conseil de surveillance de l'Assistance publique de Paris, d'un médecin du bureau de bienfaisance. Ainsi que vous le savez, Monsieur le Ministre, ce Conseil se compose d'un certain nombre de membres, les uns nommés en raison de leurs fonctions, les autres laissés au choix de M. le Ministre, ainsi que l'établit la loi qui règle la composition du Conseil.

« Cette loi, par une lacune regrettable, n'ayant pas désigné de médecin du Bureau de bienfaisance, il est possible, sans la modifier, de réparer cet oubli en nommant parmi les membres laissés au choix du ministre des médecins du Bureau de bienfaisance.

« Cette nomination s'impose de la manière la plus urgente, car le service médical de l'Assistance publique à Paris se partage en deux grandes divisions ; la première comprenant les hôpitaux et hospices et la seconde l'Assistance médicale à domicile. Les médecins de ces deux catégories sont nommés au concours et chargés également de donner leurs soins à la population pauvre de Paris.

« Le service des hôpitaux et hospices est donc représenté, au sein du Conseil de surveillance, par plusieurs médecins et chirurgiens des hôpitaux ; le service à domicile, si considérable déjà et appelé à prendre un développement encore bien plus grand, n'a pas de représentant à ce Conseil.

« En ce moment, où on s'occupe activement de développer l'assistance à domicile, il est absolument nécessaire qu'un des médecins qui y sont attachés puisse au sein du Conseil apporter sa connaissance spéciale et le fruit de son expérience.

« Cette nécessité s'est déjà fait sentir d'une manière tellement évidente qu'à deux reprises différentes le Conseil municipal de Paris s'est prononcé en ce sens, par deux votes successifs accomplis à quatre ans de distance.

« Nous vous demandons, en conséquence, M. le ministre, de nommer aussitôt que possible un médecin des Bureaux de bienfaisance au Conseil de surveillance de l'Assistance publique de Paris, vous proposant, si vous le désirez, de présenter une liste d'un ou plusieurs médecins du Bureau de bienfaisance désignés par leurs collègues.

« Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de nos sentiments les plus respectueux et les plus dévoués.

« Dr LE COIN, *président de la Société médicale du bureau de bienfaisance ;* Dr GIBERT, *secrétaire général ;* Dr BILLON, *vice-président ;* Dr YVON, *vice-président.*

« Tel est, Monsieur le Préfet, le vœu que nous avons l'honneur de vous présenter, en vous priant de l'appuyer par un rapport favorable ainsi que nous l'espérons vivement.

« Veuillez croire, Monsieur le Préfet, à l'assurance de notre respectueux dévouement.

« Dr Le Coin, *président de la Société médicale*; Dr Gibert, *secrétaire général*; Dr Billon, *vice-président*; Dr Yvon, *vice-président.* »

(*Extrait de la séance de la Société médicale des bureaux de bienfaisance du 9 décembre 1891.*)

FORMULAIRE

Traitement de l'eczéma de dentition. — E. Besnier.

1° Pour calmer le prurit gingival, on frictionne fréquemment les gencives avec le doigt trempé dans le collutoire suivant :

Chlorhydrate de cocaïne		0 gr. 05 centigr.
Bromure de potassium		0 gr. 50 —
Glycérine et eau distillée	ää	10 grammes.

2° Dans le but de remédier à l'insomnie, on fait ingérer par cuillerées à soupe, d'heure en heure, le sirop suivant :

Bromure de sodium...... de 0 gr. 30 à	0 gr. 50 centigr.
Sirop de fleur d'oranger	60 grammes.

3° Sur la région eczémateuse, onctions avec une pommade composée de 10 grammes d'oxyde de zinc pour 30 grammes de vaseline. Recouvrir la peau avec un masque en toile de caoutchouc ou de mousseline. — N. G.

Topique contre les végétations des organes génitaux. — Urriola.

Acide salicylique	2 grammes.
Acide acétique	30 —

Mêlez. — A l'aide d'un pinceau fin imbibé de ce topique, on touche une ou deux fois, dans les vingt-quatre heures, les végétations développées sur les organes génitaux. — La douleur, paraît-il, est peu vive, et deux ou trois attouchements suffisent pour faire disparaître en grande partie les végétations. — N. G.

COURRIER

Prix des thèses de la Faculté de médecine de Nancy pour l'année 1890-1891. — Nous venons de lire dans, la *Revue médicale de l'Est* le rapport de M. le prof. Schmitt sur les thèses de doctorat soutenues devant la Faculté de médecine de Nancy pendant l'année scolaire 1890-1891. Les propositions de la Commission pour le prix des thèses ont été ratifiées par le Conseil de la Faculté qui a accordé le prix des thèses à :

M. Frœlich (Marie-Albert-René), pour sa thèse : Destruction totale de l'urètre chez la femme ; causes et traitement.

Et les mentions honorables dans l'ordre suivant :

1° M. Adam (Alexis) : De la tarsectomie pour pieds bots varus équins congénitaux.

2° M. Prautois (Victor) : La lymphe de Koch, son histoire, son application à la thérapeutique.

3° M. Mouginet (Charles) : Quelques bactéries des putréfactions.

4° M. Zilgien (Henri) : Essai expérimental et clinique sur le rôle des poussières bacillaires dans la contagion de la tuberculose et sur la durée de la virulence de ces poussières.

Voici les titres des autres thèses soutenues devant la Faculté :

M. Saucerotte (Louis-Constant) : Quelques considérations sur la pleurésie sénile.

M. Bresse (Albert) : De l'ophtalmie électrique et du coup de soleil électrique.

M. Julg (Emile-Edouard) : Le pansement occlusif humide dans les maladies des yeux.

M. Marchal (Gustave) : Comparaison entre la résection du nerf optique et l'énucléation dans le traitement de l'ophtalmie sympathique.

M. Sterne (Jules) : Rapport de la paralysie infantile avec la paralysie spinale aiguë de l'adulte et l'atrophie musculaire progressive spinale.

M. Baur (Michel-Désiré) : Du traitement du lupus ; emploi des greffes dermo-épidermiques.

Le rapport fait remarquer que le nombre des thèses (onze) a été bien faible cette année. Il l'attribue au départ des étudiants, élèves du service de santé militaire, obligés de quitter la Faculté de Nancy, pour continuer et terminer leur scolarité à l'école de Lyon.

Faculté de médecine de Montpellier. — Les concours pour les divers prix ont donné les résultats suivants :

Première année : prix, M. Gaussel ; mention très honorable : M. Sallet ; mentions honorables : MM. Ardin-Delteil et L. Maingny. — Deuxième année : prix, M. Azémar. — Troisième année : prix, M. Bothezat. — Quatrième année : prix, M. Villard.

Prix des thèses (prix Fontaine) : M. le docteur Louis Bourguet ; mention très honorable : M. le docteur Jean Guy ; mentions honorables : MM. les docteurs Adamidès et Nègre. — Prix de la Ville : M. le docteur Paul Puech. — Prix Bouisson : MM. les docteurs Puech, Guy, Bourguet, Zalewski et Georges Bichon.

— M. le professeur Mairet est nommé doyen de ladite Faculté.

— M. Desnos, vice-président de la Société médicale des hôpitaux, a été élu président. M. Fernet a été élu vice président, MM. Le Gendre et A. Siredey, secrétaires des séances.

— M. le docteur Béraud a été élu député de Vaucluse, pour l'arrondissement de Carpentras.

— M. le docteur Pouey a été élu conseiller général pour le canton Est de Tartas (Landes).

— M. le docteur Ledouble, professeur à l'Ecole de médecine de Tours, est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres, près la bibliothèque de Tours.

Dons aux bureaux de bienfaisance. — MM. de Rothschild frères viennent de faire une nouvelle répartition entre les vingt arrondissement de 20,000 francs et de 40,000 bons de pain.

École de médecine de Rouen. — Ont été proclamés lauréats pour l'année scolaire 1890-1891, les élèves en médecine dont les noms suivent :

Première année : Prix, M. Legueu ; mentions honorables, MM. Petit et Pochon.

Deuxième année : Prix, M. Derocque ; mention honorable, M. Fleury.

Prix Pillore, M. Sorel ; mentions honorables, MM. Bouju et Lenormand.

— Un concours aura lieu, à Paris, le 15 mars prochain, pour l'obtention d'emplois de médecins à domicile. Les candidats devront être Francais, pourvus d'un diplôme de médecin et n'avoir pas moins de vingt-quatre ans révolus ; en outre, ils devront s'engager à résider, après leur nomination, dans l'arrondissement qui leur sera désigné, ou dans un arrondissement limitrophe. Les demandes d'inscription sont reçues dès à présent et jusqu'au 15 février prochain, dernier délai.

— La mission scientifique en Tunisie dont M. le docteur A. Trumet de Fontarce, membre de la Société d'anthropologie, avait été chargé, par arrêté en date du 16 décembre 1890, est prolongée pour une année.

— Le concours d'admission à l'École du service de santé militaire s'ouvrira le 21 juillet prochain. La date extrême d'inscription est fixée au 4 juillet au soir.

La population de l'Angleterre. — A la date du 5 avril 1891, le Royaume-Uni contenait 37,740,283 habitants, Ce chiffre représentait une augmentation de 2,855,435 sur la population recensée en 1891.

Le nombre des habitants de la Grande-Bretagne s'est partant accru dans les dix dernières années, en tenant compte de l'excédent des naissances, etc., de 781 par jour. Or, il est facile d'établir qu'a la date du 6 décembre 1891, chaque jour ayant apporté depuis l'époque du recensement un accroissement de 781 habitants, soit 187,440 en huit mois, les population de l'Angleterre, de l'Écosse et de l'Irlande réunies s'élèvent au total approximatif de 38 millions, ou en chiffres plus exacts à 37,927,733 habitants.

Hôpitaux de Lille. — Le concours de l'internat (services de l'Etat) s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Crépin, Renard, Jacquemelle, Gaudier et Legrand.

Nécrologie. — Nous apprenons avec un vif regret la mort du docteur Moutard-Martin, décédé subitement, le 23 décembre, à Paris. Né le 18 janvier 1821, interne des hôpitaux de la promotion de 1842, docteur en médecine en 1846, chef de clinique en 1848, médecin du bureau central en 1852, il avait pris sa retraite à l'Hôtel-Dieu en 1887. M. Moutard-Martin, qui était un praticien distingué et d'une parfaite honorabilité, avait été élu vice-président de l'Académie de médecine en 1889 et il a présidé la compagnie en 1890. Il était allié à la famille Caventou.

— Nous avons également le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Malmenayde (de Thiers).

Bulletin bibliographique

Hygiène des dents et de la bouche, par le docteur A. Dom.

De l'extraction du tympan et d'une partie de la chaîne des osselets dans l'otite moyenne sèche, par le docteur C. Miot.

Ces ouvrages se trouvent chez Octave Doin, place de l'Odéon, 8, à Paris.

Le professeur Lombroso (de Turin) est un travailleur et un lutteur infatigable. Sous le titre de **Nouvelles recherches de psychiatrie et d'anthropologie criminelle**, il apporte un nouveau contingent aux preuves de l'existence du type criminel et du criminel-né.

Nous recommandons à nos lecteurs les intéressants chapitres parmi lesquels nous avons remarqués les études sur les anomalies morphologiques des criminels et leurs anomalies physionomiques, sur l'hérédité morbide, les tatouages, les rapports des révolutions avec la criminalité, la folie criminelle, l'épilepsie. 1 vol. in-18 de la Bibliothèque de Philosophie contemporaine. — Prix : 2 fr. 50.

Cet ouvrage se trouve chez Félix Alcan, éditeur.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Sommaire

Le traitement d'un cas de rhumatisme articulaire aigu.

Leçon faite à l'hôpital de la Pitié par M. Albert Robin,

Membre de l'Académie de médecine.

Messieurs,

Je veux vous parler aujourd'hui du traitement d'un cas de rhumatisme articulaire aigu, et étudier les indications de ce traitement.

Le malade, homme de 26 ans, journalier, entra dans mon service le 11 octobre 1891. Les antécédents héréditaires et personnels étaient bons; notre homme n'avait jamais été malade, et c'est à peine s'il avait souffert de temps en temps de quelques petites douleurs musculaires et articulaires. Le 5 octobre, il fut pris, après des fatigues assez fortes, d'une grande lassitude qui bientôt devint une extrême courbature. Il put encore travailler tant bien que mal pendant quelques jours, mais il dut s'arrêter le 10 octobre, et, le 12, les douleurs étant devenues très violentes dans les reins et les membres inférieurs, il se décida à entrer à l'hôpital.

Le 13, je vis le malade; il était immobilisé dans son lit par des douleurs si vives qu'elles lui interdisaient tout mouvement; les souffrances occupaient les articulations des membres inférieurs et celles des membres supérieurs, mais ces derniers étaient moins atteints; cependant les petites jointures des doigts étaient prises. Le malade était anxieux lorsque l'on s'approchait de son lit et redoutait le moindre ébranlement; il souffrait de douleurs exquises, suivant l'expression de Gubler.

Notre homme répandait une odeur de sueur fétide; il était, en effet, baigné par la transpiration et devait changer de chemise plusieurs fois par jour. En même temps, la température était très élevée, car, au moment de la visite, elle atteignait 41°. Les urines étaient relativement abondantes, pas très foncées. L'acide azotique ne décelait pas l'existence d'albumine, mais il se développait, sous son influence, une couleur rose de chine très intense. Cette couleur a été attribuée à l'urohématine, chromatogène urinaire étudié par Harley et par moi, et redécouvert récemment par Nencki, qui l'a appelé uroroséine.

A l'examen du cœur, on trouvait un souffle intense au niveau de la base, au bord gauche du sternum; il ne se propageait ni dans l'aisselle ni au bord droit de l'os sternal.

Le malade était extrêmement pâle, d'un ton de cire, et c'est là un point sur lequel j'attire spécialement votre attention.

Quels sont maintenant, dans cette symptomatologie, les éléments morbides principaux?

Le diagnostic était simple. Il s'agissait, évidemment, d'un cas de rhumatisme articulaire aigu généralisé et hyperpyrétique, présentant, comme éléments morbides principaux, la généralisation, la pâleur extrême, et, enfin, la température très élevée.

A quoi était due la pâleur? Le souffle va nous donner la clef du phénomène. Ce souffle siégeait au bord gauche du sternum au foyer d'auscultation de l'artère pulmonaire; il naissait et mourait sur place; son timbre était très doux, il fuyait sous l'oreille. Tous ces caractères nous permettaient d'éloigner l'idée d'une endocardite et même d'une péricardite, car il n'y avait pas de modification du bruit morbide par les changements de position. Enfin, dans les vaisseaux du cou, il était facile de constater l'existence d'un bruit de diable. Il s'agissait donc d'un souffle anémique et l'anémie entraînait tout naturellement la pâleur.

Le rhumatisme articulaire aigu, Messieurs, est une maladie déglobulisante par excellence. Pendant sa durée, on rencontre, dans les excrétions, dans l'urine, une grande quantité de substances indiquant la destruction des globules sanguins. L'urohématine est une de ces substances. C'est un pigment rouge qui dérive d'un chromatogène incolore; ce chromatogène se dédouble sous l'influence des agents oxydants et le pigment prend naissance. On a discuté beaucoup sur la nature du chromatogène. Actuellement, on tend à admettre qu'il est constitué par du skatol combiné avec de l'acide sulfurique et avec la potasse; le skatoxylsulfate de potasse se dédoublerait sous l'influence de l'acide nitrique. Ce qui est certain, c'est que, quand on constate la présence de ce corps, on peut dire que les globules rouges se détruisent rapidement.

De tout cela, on peut conclure que les éléments morbides principaux sur lesquels devait se baser une thérapeutique rationnelle étaient le rhumatisme et l'anémie. Il y avait aussi deux éléments secondaires : la douleur et l'hyperthermie; ce dernier était, du reste, négligeable, car il est certain qu'il dépendait des actes chimiques qui sont de l'essence du rhumatisme et de la déglobulisation.

Il m'est impossible de passer en revue ici toutes les médications que l'on a préconisées contre le rhumatisme articulaire aigu, car il y a eu autant de traitements que de doctrines médicales. Un moment, on a voulu faire rentrer la maladie dans la pathologie nerveuse; actuellement on tend à en faire une affection d'origine microbienne, et j'ai lu dernièrement un mémoire où l'on préconisait, comme traitement, les injections d'acide phénique. Je vous l'ai déjà dit, il est certain que tel antiseptique, qui agit *in vitro* sur un microbe donné, n'agit plus quand un facteur nouveau, la cellule vivante, entre en jeu. Certes, je ne présage pas de l'avenir ; mais, jusqu'à présent, les quelques essais tentés du côté de la médication antiseptique n'ont rien donné dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Il en est de même d'un grand nombre de médicaments qui ont eu leur moment de vogue : vératrine, triméthylamine, colchique, bains froids, vésicatoires, alcalins à haute dose, jaborandi, etc.

Deux médicaments seuls sont employés avec succès : le sulfate de quinine et le salicylate de soude.

Lequel des deux fallait-il prescrire dans le cas que je viens de vous résumer? Au premier abord, il semblait que ce dût être le sulfate de quinine, qui a fait ses preuves comme antiseptique, comme tonique, et même

comme antirhumatismal, et, par conséquent, pouvait répondre aux trois principales indications.

A quelle dose fallait-il l'administrer? A dose faible? Non, puisque le malade s'anémiait très rapidement et qu'il n'y avait pas de temps à perdre. On devait donc ordonner une dose forte. Eh bien, non encore, et vous allez voir pourquoi. Le sulfate de quinine, quand on l'emploie à fortes doses, 1 gramme, par exemple, restreint les oxydations, et notez que je ne dis pas qu'il diminue les destructions, mais seulement les oxydations. A petites doses, 0,75 et moins, données par doses fractionnées, il stimule, au contraire, les oxydations organiques Or, j'ai démontré que, dans les affections fébriles, il faut activer les oxydations par tous les moyens, car elles engendrent des produits solubles, faciles à éliminer, peu toxiques. Il est donc nécessaire d'activer les oxydations dans les maladies fébriles, et tout médicament qui diminue les oxydations, sans diminuer en même temps les désintégrations, est à repousser.

Dans le rhumatisme articulaire aigu, la désintégration cellulaire est considérale, et il faut oxyder le plus possible ces produits de désintégration. Le sulfate de quinine est donc à rejeter si on le prescrit à hautes doses, et, si on l'emploie à petites doses, il n'agit pas assez vite dans les cas qui, comme le nôtre, exigent une intervention active.

Nous devions donc nous adresser au salicylate de soude. Le mode d'action du médicament est loin d'être parfaitement connu, mais nous savons comment il agit sur la nutrition élémentaire. Quand on donne du salicylate de soude ou de l'acide salicylique, on introduit dans l'organisme un corps non azoté, ternaire; or, dans l'urine, on trouve du salicylurate de soude, qui est du salicylate de soude, plus du glycocolle, ce dernier étant un produit de dénutrition, type d'un groupe de matières extractives azotées qui dérivent de la destruction des matières albuminoïdes, et non pas de leur oxydation, mais de leur dédoublement par hydratation, ainsi qu'il résulte des belles expériences de Schutzenberger.

Le salicylate de soude entraîne donc hors de l'organisme des produits azotés peu solubles et à pouvoir toxique généralement assez considérable, et nous savons que, dans les affections aiguës, la destruction globulaire est due, dans une certaine mesure, au contact des globules avec les toxines. Le médicament élimine les toxines, il est donc à utiliser. De plus, le salicylate agit encore comme antithermique, probablement en éliminant des produits pyrétogènes.

Quelques médecins prescrivent de fortes doses de salicylate, jusqu'à 8 grammes en vingt-quatre heures. J'ai l'habitude de ne pas dépasser, comme dose journalière, 2 grammes, 4 grammes au plus.

Vous pouvez donc prescrire :

Salicylate de soude	4 grammes.
Hydrolat de tilleul	120 —
Sirop de fleurs d'oranger	30 —

A prendre par cuillerées à soupe, de telle façon que la potion soit absorbée en vingt-quatre heures.

En même temps, le traitement local sera le suivant :

Baume tranquille		40 grammes.
Extrait thébaïque	áá	2 —
Extrait de jusquiame		
Extrait de belladone		
Chloroforme		10 —

Ce liniment sera étendu sur de la ouate, avec laquelle on enveloppera les articulations. Le tout sera recouvert de taffetas gommé.

Comme le salicylate a une tendance à abaisser la quantité des urines, on devra prescrire des boissons abondantes, le lait surtout; à ce dernier, on adjoindra l'infusion de Reine des prés, qui est légèrement diurétique et renferme un peu de salicylate de méthyle.

Le traitement que je viens de vous exposer a été commencé, chez notre malade, le 15 octobre. Le 19, l'amélioration était déjà notable et, le 26, il n'y avait plus de douleurs, c'est à peine s'il restait un peu d'épanchement dans un genou.

Le salicylate fut supprimé.

Nous avions encore à traiter l'anémie. Mais, pendant le traitement, deux éléments nouveaux étaient intervenus : un catarrhe gastro-intestinal léger et une asthénie nerveuse considérable. Or, la médication de l'anémie exige impérieusement que le tube digestif soit en bon état.

Il fallait donc donner un purgatif, mais quel purgatif? J'ai donné un purgatif salin, le sel de Seignette, et vous allez voir que ce choix a de l'importance.

Les sels, quand on donne un purgatif, n'agissent pas seulement par un effet exosmotique. Une certaine quantité est absorbée et a une grande action sur la nutrition. Dans la destruction des matières albuminoïdes, l'azote, une partie de l'hydrogène et du carbone s'éliminent à l'état d'urée; le reste de ces deux derniers corps passe à l'état d'eau et d'acide carbonique. Mais le soufre, que devient-il? Il s'oxyde et forme de l'acide sulfurique qui s'élimine soit à l'état d'acide sulfo-conjugué, dont la quantité est toujours minime, soit à l'état de sulfate de soude et de potasse, ces bases étant empruntées au sang. L'introduction artificielle des alcalis est donc utile, et cela explique les succès qu'a, dans certains cas, le traitement du rhumatisme par les alcalis. Le sel de Seignette passe à l'état de carbonate et fournit ces sels à l'acide sulfurique.

Nous avons donné à notre malade 15 grammes de sel de Seignette et, deux jours après, l'état du tube digestif s'était très amélioré.

Contre la dépression nerveuse, nous possédons un médicament dont l'effet est remarquable, la strychnine. Je n'aime pas beaucoup, dans ces cas, la strychnine en nature, et j'emploie habituellement la fève de saint Ignace, qui contient encore la brucine et l'igasurine, qui ont une action tonique remarquable. J'ai donc prescrit :

Teinture de fèves de saint Ignace	} ââ	Parties égales.
Teinture de badiane........................		

VI gouttes du mélange après chaque repas.

J'ai donné en même temps, deux fois par jour avant les repas, les paquets suivants :

Phosphate de soude	} ââ	0 gr. 10 centig.
Magnésie décarbonatée......................		

Pour un paquet.

Dans une prochaine leçon, je vous donnerai les motifs de cette médication dont l'exposé m'entraînerait trop loin aujourd'hui.

Le malade, sous l'influence de cette médication, a vu son état s'améliorer rapidement. Nous avons pu nous occuper alors de l'anémie et prescrire une préparation ferrugineuse. J'ai choisi le sirop de proto-iodure, l'iode qu'il

renferme pouvant agir sur les résidus articulaires et activer leur résorption. En même temps, j'ai donné un peu d'extrait de quinquina, associé à une minime dose de sulfate de quinine.

Notre traitement a parfaitement réussi et, le 6 novembre, le malade est sorti dans un état de santé entièrement satisfaisant.

S'il s'était agi d'un malade de la vilie, dans une situation de fortune suffisante, si la saison avait été favorable, il nous aurait fallu terminer par un traitement thermal.

Je ne peux tenter, pour le moment, de vous exposer dans tous ses détails la médication hydro-thermale du rhumatisme et vais seulement vous en indiquer brièvement les grandes lignes.

Il n'y a pas de station antirhumatismale. Ce qui doit vous diriger dans votre choix, c'est l'existence ou l'absence de résidus articulaires et l'état général du malade.

Toutes les fois qu'une lésion rhumatismale persistante a de la tendance à prendre, sous une influence quelconque, une allure subaiguë, il faut recourir à des eaux très chaudes et faiblement minéralisées.

Si, au contraire, la lésion n'a pas de propension à réagir, vous vous adresserez au eaux chlorurées sodiques ou aux eaux sulfureuses.

Quelquefois, dans une même station, Luchon ou Cauterets, par exemple, il y a assez de sources différentes, à propriétés dissemblables, pour qu'un médecin habile puisse y traiter les différents types de rhumatisme. C'est ainsi qu'à Luchon, avec les eaux blanchissantes, on peut obtenir des effets sédatifs.

Quand il s'agit d'une attaque récente qui a laissé du côté des articulations des résidus encore excitables, vous enverrez vos malades à Luxeuil, Néris, Chaudesaigues (Cantal), Lamalou.

Quand, au coontraire, les résidus sont torpides, vus pourrez choisir entre Luchon, Barèges, Balaruc, Bourbon-l'Archambault, Bourbonne-les-Bains.

Enfin, dans les types ultra-chroniques, dans les rhumatismes fixés, les bains de boues pourront nous rendre les plus grands services. En France, nous possédons des stations remarquables, dans lesquelles les bains de boues sont naturels, je veux parler de Barbottan, puis, sur un second plan, de Dax, de Saint-Amand. A l'aide d'une application locale de la boue faite sur une jointure, on peut savoir si le malade s'améliorera par les bains. Toutes les fois que la lésion locale réagit sous l'influence de la boue, même transportée à Paris, on peut espérer le succès.

L'état général du malade doit encore vous guider dans le choix de la station. Luchon, Schinznach, Barèges, conviendront aux lymphatiques; Uriage, Wiesbaden, Bourbonne-les-Bains, Balaruc, Salies-de-Béarn, aux scrofuleux; Royat, aux lymphatico-nerveux.

Quand il s'agit d'individus nerveux excitables, il faut rejeter les eaux sulfureuses, sauf peut-être Ax, de l'Ariège, et envoyer les malades à Néris, Lamalou, Wildbad ou Bagnères-de-Bigorre.

Pour notre malade, nous pouvions choisir entre quatre stations : Royat, Luxeuil, Saint-Nectaire, Wiesbaden.

Salies n'aurait convenu que si la dépression nerveuse s'était prolongée.

Le malade n'était pas assez affaibli pour que l'on dût penser à l'envoyer à Wiesbaden ou Saint-Nectaire et il n'était pas assez nerveux pour Luxeuil. Restait donc Royat, qui est à la fois légèrement stimulant, tonique et éliminateur. Aussi, est-ce Royat que j'aurais conseillé.

Vous voyez donc, Messieurs, que, si les indications thérapeutiques tirées de l'étiologie et de la pathologie sont certainement les meilleures, comme on ne peut toujours les remplir, il faut se baser, pour le traitement, sur l'appréciation des éléments morbides, en subordonnant ces éléments les uns aux autres, en les hiérarchisant. Comme le disait Trousseau, au lit du malade, les grandes théories ne sont pas de mise et il convient, avant tout, d'avoir du tact; médecin et patient s'en trouveront bien.

Traitement de la phthisie pulmonaire par les injections sous-cutanées d'huile de foie de morue.

Par M. le docteur Kohos (de Manchester).

Au mois d'août dernier, j'ai eu l'honneur d'adresser à M. le professeur Verneuil une note relative au traitement de la tuberculose pulmonaire par des injections d'huile de foie de morue et de créoline. A cette époque, j'avais seulement un cas de guérison; à l'heure actuelle, j'en ai six; je possède, en outre, un certain nombre d'observations sur ce traitement, qui me permettent d'affirmer, comme il y a trois mois, que cette médication permet d'espérer un arrêt dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire, et peut-être une guérison apparente, sinon durable.

J'ai, en ce moment, deux tuberculeux traités seulement par des injections d'huile de foie de morue sans créoline, et qui tous sont aujourd'hui guéris.

Ces deux dernières observations sont particulièrement intéressantes; il ne s'agit pas d'effets constatés par moi seul, tous les faits que je viens de rapporter sont absolument certains; ils ont été constatés par M. le docteur Leech, professeur à The Owen's College of Manchester, et par M. le docteur L. Larmuth, médecin attaché à l'hôpital des Enfants. Les suites furent excellentes : cessation de la toux, suppression de l'expectoration et des sueurs nocturnes, tels ont été les résultats obtenus par ces auteurs.

Pour obtenir un liquide bien transparent, j'ajoute quelques gouttes d'éther sulfurique. Voici donc la formule que j'emploie :

Huile de foie de morue blonde	100 grammes.
Créoline Pearson	2 —
Ether sulfurique	1 gramme.

La dose employée par moi est de 1 c. c. jusqu'à 30 c. c. par injection.

Nous savons, depuis les travaux de Klebs et de Cohnheim, qu'il existe une étroite relation entre les leucocytes et les processus pathologiques; je crois, en conséquence, avec M. le docteur Schleich, que tous nos efforts thérapeutiques doivent tendre à augmenter le nombre des leucocytes, sans nuire en même temps à leur vitalité. C'est de cette manière seulement qu'on pourra influencer les processus tuberculeux. Le problème à résoudre, d'après cet auteur, consiste à trouver une substance que les leucocytes puissent s'incorporer mécaniquement de la même manière qu'ils s'incorporent les bacilles, substance qui aurait ensuite pour but, soit d'agir directement sur les bacilles pour les détruire, soit d'augmenter la résistance vitale de leucocytes.

Or, je crois que la cholestérine, que l'huile de foie de morue renferme et à laquelle M. Salkowski (*Semaine médicale*, 1887, p. 245) attache une grande importance, est capable de jouer ce rôle.

Sur 45 malades chez lesquels les lésions tuberculeuses avaient été mises à nu par une intervention chirurgicale, Schleich (*Semaine médicale*, 1891, p. 90) n'a eu jusqu'à présent qu'à se louer du traitement par la cholestérine; d'après cet auteur, ces expériences méritent d'être poursuivies; elles justifient, en tout cas, l'usage assez répandu dans le peuple de traiter la tuberculose par la graisse et par l'huile de foie de morue.

Je crois même que, dans les maladies chroniques qui s'accompagnent d'un amaigrissement rapide, le meilleur moyen de s'opposer à la dénutrition sera d'injecter directement une certaine quantité d'huile de foie de morue dans l'organisme.

Dans tous les cas, si l'on ne peut être absolument affirmatif à cet égard, l'hypothèse est au moins fort séduisante, car, pour expliquer une chose inconnue, on à toujours le droit d'émettre une hypothèse. (Professeur Verneuil, deuxième Congrès français de chirurgie, 1886.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Prix décernés pour l'année 1891

Médecine et chirurgie. — Prix Montyon : Trois prix sont décernés à MM. Dastre, Duroziez, Lannelongue. Trois mentions sont accordées à MM. Sanchez-Toledo et Veillon, Soulier, Zambaco. Des citations sont accordées à MM. Artaud et Butte, Bateman, Bloch et Londe, Catsaras, Debierre, Garnier, Gautrelet, Netter.

Prix Barbier : Le prix est décerné à M.Tscherning. Deux mentions sont accordées à MM. Delthil et Dupuy.

Prix Bréant : Le prix n'est pas décerné. Un encouragement est accordé à M. Nepveu.

Prix Godart : Le prix est décerné à M. Poirier. Une mention honorable est accordée à M. Wallich.

Prix Chaussier : Le prix est décerné à M. Brouardel. Une mention très honorable est accordée à feu E. Duponchel.

Prix Bellion : Le prix est partagé entre MM. Carlier et Mireur.

Prix Mège : Le prix est décerné à M. Frédéric Courmont.

Prix Lallemand : Le prix est partagé entre MM. Gilles de la Tourette, H. Cathelineau et F. Raymond. Des mentions honorables sont accordées à MM. Legrain, Debierre et Le Fort, Bruhl, Sollier et Collin.

Physiologie. — Prix Montyon : Le prix est décerné à MM. Bloch et Carpentier. Deux mentions sont accordées à MM. Hédon et Lesage.

Prix Lacaze : Le prix est décerné à M. Arloing.

Prix Pourat : Le prix est décerné à M. Gley.

Prix Martin-Damourette : Le prix est décerné à M. Gley.

Anatomie et zoologie. — Grand prix des sciences physiques : Le prix est décerné à M. Jourdan.

Prix Bordin : Le prix est décerné à M. Beauregard.

Prix Savigny : Le prix est décerné à M. Lionel Faurot.

Prix Da Gama Machado : Le prix n'est pas décerné. Un encouragement est accordé à MM. Raphaël Blanchard et L. Joubin.

Botanique. — Prix Bordin : Le prix est décerné à M. Léon Guignard.

Prix Desmazières : Le prix est décerné à M. Auguste-Napoléon Berlese.

Prix Montagne : Le prix est décerné à M. Henri Jumelle.

Prix Thore : Le prix est décerné à MM. J. Costantin et L. Dufour.

Géologie. — Prix Delesse : Le prix est décerné à M. Barrois.

Physique. — Prix La Caze : Le prix est décerné à M. J. Violle.

Chimie. — Prix Jecker : Le prix est partagé entre MM. Béhal et Meunier.

Prix La Caze : Le prix est décerné à M. A. Joly.

Statistique. — Prix Montyon : Le prix est décerné à MM. Cheysson et Toqué.

Prix généraux. — Prix Montyon (arts insalubres) : La partie principale du prix est accordée à M. Gréhant, une portion à M. Bay et une portion égale à M. Brousset. Il est, de plus, accordé une mention honorable à MM. Bédoin et Léchien.

Prix Cuvier : Le prix est décerné au « Geological Survey » des Etats-Unis.

Prix Trémont : Le prix est décerné à M. Émile Rivière.

Prix Petit d'Ormoy (sciences naturelles) : Le prix est décerné à M. Léon Vaillant.

COURRIER

Les Ateliers de M. Alcan-Lévy étant fermés à l'occasion du JOUR DE L'AN, l'*Union médicale* ne paraîtra pas samedi 2 janvier.

CONCOURS D'AGRÉGATION DE MÉDECINE. — Le concours s'ouvrira le lundi 4 janvier 1892, à 5 heures du soir.

Les candidats, au nombre de 37, sont :

1° *Faculté de Bordeaux.* — MM. Auché, Cassaët, Le Dantec;

2° *Faculté de Lille.* — MM. Colas, Legay, Legrain, Surmont;

3° *Faculté de Lyon.* — MM. Bernard, Boyet, Bret, Charmeil, Courmont, Devic, Pic ;

4° *Faculté de Montpellier.* — MM. Ducamp, Jeannel, Rauzier;

5° *Faculté de Nancy.* — M. Haushalter;

6° *Faculté de Paris.* — MM. Achard, Babinski, Brault, Charrin, Duflocq, Gaucher, Gilles de la Tourrette, Lesage, Marfan, Ménétrier, Richardière, Roger, Thibierge, Thoinot, Widal, Wurtz;

7° *Faculté de Toulouse.* — MM. Gaube, Morel, Rémond.

En outre, un certain nombre de candidats de province se sont fait inscrire pour plusieurs facultés.

STATISTIQUE DE LA TUBERCULOSE. — Dans le but de connaître le chiffre de la mortalité par tuberculose dans les grandes villes de France pendant l'année 1892, M. le docteur L.-H. Petit, secrétaire général de l'Œuvre de la tuberculose, 76, rue de Seine, a envoyé aux maires des préfectures et sous-préfectures une circulaire pour les prier de demander aux médecins de l'Etat civil le relevé exact de la mortalité par cette cause et de la forme de tuberculose qui a déterminé la mort.

Nous prions ceux de nos confrères qui sont maires ou médecins de l'Etat civil de ces villes de vouloir bien prêter leur concours à la solution de cette importante question.

NÉCROLOGIE. — M. le docteur Penasse, doyen du corps médical de Sedan, est mort le 11 décembre à l'âge de 88 ans. M. le docteur J. Peltier a prononcé sur sa tombe un discours émouvant qui se termine ainsi : « Intelligence vive et élevée, esprit éminemment sagace, aimant la science pour elle-même et non pour ce qu'elle rapporte, M. Penasse s'est toujours montré homme de devoir et de cœur, et il restera dans le souvenir de chacun de nous comme un modèle de bonté, de travail et d'honneur. »

— On écrit de Nîmes que mardi soir, vers huit heures, M. le docteur Pons, vieillard âgé de 70 ans, a été brûlé vif dans son lit. Le défunt avait l'habitude de lire étant couché. Une demi-heure après le départ de la femme de charge, des voisins ayant entendu crier, pénétrèrent dans sa chambre et trouvèrent M. Pons étendu au milieu de la chambre. Une femme voulut soulever le cadavre pour le poser sur un lit, mais un bras lui resta entre les mains et elle s'évanouit d'émotion.

FIN DU TOME LII (TROISIÈME SÉRIE.)

Le Gérant : G. RICHELOT.

TABLE DES MATIÈRES DU TOME LII

(TROISIÈME SÉRIE)

JUILLET, AOUT, SEPTEMBRE, OCTOBRE, NOVEMBRE, DÉCEMBRE 1891.

A

B

C

D

H

I

J

K

L

R

S

T

U

V

W

Z

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.